

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Praha 2011

Mariana Aubrechtová

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Psychosociální metody rehabilitace pro nemocné schizofrenií

Psychosocial Therapy for Schizophrenics

Vedoucí práce:
MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor:
Mariana Aubrechtová

2011

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat MUDr. Jiřině Ondrušové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce. Zároveň děkuji všem terapeutům a klientům o. s. Green Doors za čas, jenž mi věnovali.

Děkuji i svým rodičům a přátelům, kteří mě ve studiu bezmezně podporovali.

Čestné prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Psychosociální metody rehabilitace pro nemocné se schizofrenií* vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů, které uvádím v přiloženém seznamu. Souhlasím s případným zapůjčením této práce pro studijní účely.

V Praze dne.....

.....

Anotace

Bakalářská práce pojednává o pozici duševně nemocných lidí v současné společnosti. Zabývá se problematikou schizofrenie v otázkách etiologie, příznaků a možností léčby. Dále popisuje potíže spojené se stigmatizací a nabízí efektivní destigmatizační opatření. Načerpané poznatky vedou k hlubšímu pochopení principů, na kterých je psychosociální rehabilitace založena. Podrobně vykresluje nabízené možnosti rehabilitace pro osoby se schizofrenním onemocněním. V závěru mapuje síť pražských organizací zabývajících se rehabilitací psychicky nemocných a popisuje výčet nabízených služeb.

Annotation

This baccalaureate work describes the status of mentally impaired people in today's society. It deals with the issue of schizophrenia in the area of etiology, the symptoms and possibilities of treatment. It also describes difficulties of the stigma and offers effective de-stigmatizing measure. The included knowledge helps to acquire deeper understanding of principles that psychosocial rehabilitation is based on. It describes in details available possibilities of treatments for patients with schizophrenia. At the end it maps the current network of rehabilitation centers for mentally ill across Prague including all services and facilities.

Klíčová slova

schizofrenie, rehabilitace, klient, terapie, příznaky, sociální interakce, komunikace

Key words

schizophrenia, rehabilitation, client, therapy, symptoms, social interaction, communication

OBSAH

ÚVOD.....	- 8 -
1. SCHIZOFRENIE	- 9 -
1.1. Definice schizofrenie	- 9 -
1.2. Epidemiologie, výskyt, etiologie	- 10 -
1.3. Rizikové, predisponující vlivy	- 12 -
1.4. Klinický obraz, symptomy.....	- 13 -
1.4.1. Pozitivní příznaky	- 15 -
1.4.2. Negativní příznaky.....	- 19 -
1.4.3. Kognitivní příznaky	- 20 -
1.4.4. Afektivní příznaky	- 21 -
1.5. Možnosti léčby.....	- 22 -
1.6. Prognóza	- 27 -
1.7. Stigmatizace.....	- 28 -
1.7.1. Destigmatizace.....	- 30 -
2. REHABILITACE	- 31 -
2.1. Definice rehabilitace	- 31 -
2.2. Historie rehabilitace	- 33 -
2.3. Formy rehabilitace	- 37 -
2.4. Pracovní rehabilitace.....	- 39 -
2.4.1. Pracovně rehabilitační programy	- 42 -
2.5. Trénink sociálních dovedností (TSS)	- 43 -
2.6. Expresivní terapie	- 45 -
2.6.1. Arteterapie	- 46 -
2.6.2. Muzikoterapie	- 48 -
2.6.3. Dramaterapie.....	- 49 -
2.6.4. Taneční a pohybová terapie	- 50 -
2.7. Case management	- 52 -
2.8. Kognitivně behaviorální terapie (KBT).....	- 53 -
2.9. Kognitivní rehabilitace	- 55 -

3. PŘEHLED PRAŽSKÝCH ORGANIZACÍ ZABÝVAJÍCÍCH SE REHABILITACÍ	- 56 -
3.1. GREEN DOORS.....	- 56 -
3.2. BAOBAB.....	- 58 -
3.3. ESET HELP.....	- 59 -
3.4. FOCUS PRAHA	- 61 -
3.5. BONA	- 62 -
ZÁVĚR	- 64 -
SUMMARY	- 65 -
Použitá literatura	- 66 -
Seznam příloh	- 72 -
Přílohy.....	- 73 -

Seznam zkratek

WHO – Světová zdravotnická organizace

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

TSS – Trénink sociálních schopností, dovedností

CM – Case manager

ÚVOD

Psychicky nemocní lidé zajímají lidskou společnost už po mnoha staletí. Ohlédneme-li se do minulosti, jistě neunikne naší pozornosti kniha *Chvála bláznovství* od Erasma Rotterdamského, která pochází z počátku šestnáctého století. V období renesance byla společnost fascinována temnými stránkami lidské psychiky a snažila se s nemocnými lidmi rozmlouvat. V psychotickém onemocnění spatřovala osvobození se od pokrytectví a povrchnosti. V současnosti psychiatrie vědecky pokročila a duševně nemocným lidem nabízí léčbu a širokou škálu služeb. Díky řadě vypracovaných studií je dnes péče na vysoké úrovni. Avšak i přes snahu dochází nadále k sociální exkluzi jedinců, čímž bych ráda zdůraznila, že samotná léčba a péče nestačí. V povědomí veřejnosti vzbuzuje schizofrenie stále silné negativní emoce, a proto je třeba snížit stigmatizaci, která je nadále zvyšována prostřednictvím negativních zpráv, objevujících se v médiích. Nápomocná by nám mohla být osvěta veřejnosti prostřednictvím informativních programů.

Problematika mě zaujala, a proto jsem se rozhodla realizovat svoji praxi v organizaci o. s. Green Doors, která pracuje s klienty s dlouhodobým duševním onemocněním. Zde jsem měla možnost setkat se s lidmi, kteří onemocněli schizofrenií, lépe je poznat, a vytvořit si tak vlastní představu o tom, co nemoc skýtá. Zúčastnila jsem se programu pracovní rehabilitace v tréninkových kavárnách a poznala chod organizace. Green Doors poskytuje především rehabilitaci, která pomáhá lidem s duševním onemocněním navrátit se znovu do společnosti.

Cílem této práce je popsat teoretické poznatky z oblasti schizofrenie, které by mohly vést k porozumění veřejnosti, a tím snížit stigmatizaci duševně nemocných, nastínit příznaky nemoci tak, aby mohlo dojít k pochopení, proč tito lidé jednají určitým způsobem. Dále se zaměřím na možnosti léčby. Budu částečně vycházet z poznatků a zkušeností, které jsem načerpala při kontaktu s klienty. Další kapitolu věnuji psychosociální rehabilitaci, ve které zmapuji systém rehabilitačních služeb, jež mohou být v dnešní době klientům s duševním onemocněním nabídnuty. Zaměřím se na jednotlivé rehabilitační programy a popíšu, v jakém ohledu jsou nápomocné. V závěru práce poukážu na některé organizace, které nabízejí rehabilitaci.

1. SCHIZOFRENIE

1.1. Definice schizofrenie

Tématem mojí práce jsou psychosociální metody rehabilitace nemocných se schizofrenií. Abych mohla lépe porozumět problémům a kritériím stanoveným pro rehabilitaci těchto lidí, věnuji tuto kapitolu ujasnění pojmu schizofrenie. Popíšu, jak se nemoc projevuje, jakým způsobem ovlivňuje život klienta a jaký má dopad na hlavní oblasti života, které tvoří převážně zaměstnání nebo škola, rodina, přátelé a volný čas vyplněný koníčky.

Schizofrenie je nemoc jako každá jiná, přesto se často setkáváme s opovrhujícím pohledem některých lidí, kteří mají o psychicky nemocných zkreslené představy. Laická veřejnost si nemocné jedince vykresluje jako rozdvojené osobnosti, což není v tomto onemocnění pravdou, jedná se tu spíše o rozštěpení mysli, vjemů, pocitů. Je důležité, aby lidé získali povědomí o této nemoci, neměli z klientů trpících schizofrenií strach a pomohli je začlenit se zpět do společenského života a dění, protože právě reintegrace a resocializace jsou velmi nápomocné léčbě a následné rehabilitaci. Strach je typickým příznakem okolí. Nemocný se často jeví jako nebezpečný pro okolí i sám pro sebe. Pokud však budeme znát příčiny, příznaky a průběh onemocnění, můžeme se nebezpečným situacím vyhnout, a v některých případech rozpoznat myšlenky na sebevraždu a včas jí předejít. Toto je důležité hlavně pro rodinné příslušníky a blízké osoby, kteří mají s pacientem úzký vztah.

Schizofrenii řadíme mezi psychózy, tedy stavy při nichž dochází k poruše kontaktu s realitou, proto zde nacházíme porušené vnímání, chování, myšlení a prožívání. Je velmi těžké rozlišit, co je realita a co ne, někdy je to zcela nemožné, podle toho v jaké fázi a stupni onemocnění se jedinec nachází. Škála je velmi různorodá, s rozdílnou mírou závažnosti. Přechází od lidí s mírnými poruchami, až po ty nejzávažnější a nejtěžší. V literatuře můžeme nalézt mnoho definic schizofrenie. Češková (2005, s.15) ji ve své knize definovala takto: „Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání.“

Pojem schizofrenie je odvozen z řečtiny ze dvou slov: *schizo*, což znamená štěpit a *phren*, s významem mysl, rozum. Tento termín zavedl německý psychiatr Eugen Bleuler roku 1908, který chtěl poukázat na ono schizma mysli, emocí a chování. Bohužel definoval nemoc sporně, a zmýlil tak řadu lidí, kteří si dodnes myslí, že schizofrenie je rozdvojení osobnosti. Pro nás je těžko představitelné, v jakém světě nemocný žije. Schizofrenik má svůj vlastní svět, který je pro něj ten reálný, a přestože se mu snažíme vyvrátit jeho představy a pocity, nevěří nám. Vnímá nás jako ty, kteří mu nechtějí sdělit pravdu, nevidí ji, nebo si myslí, že jeho pravdu nechápou. Proto je velmi těžké nemocného přesvědčit k léčbě a k často nezbytné hospitalizaci. Navzdory tomu je schizofrenie léčitelné onemocnění, kde je třetinová šance úplného uzdravení.

1.2. Epidemiologie, výskyt, etiologie

Schizofrenie má poměrně vysoké procento výskytu ve společnosti. Z psychických onemocnění je považována jako jedna z nejzávažnějších. „*Je diagnostikována zhruba u 25% pacientů psychiatricky hospitalizovaných a u 50% pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok.*“ (Češková, 2005, s. 25) Celoživotní prevalence se pohybuje kolem 1 % populace, což znamená, že onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Pokud porovnáme pohlaví, výsledek ukazuje podobně vysoké procento výskytu u žen i mužů. Odlišnost najdeme v počátcích onemocnění, kdy u mužů je to nejčastěji mezi 15 až 25 rokem života a u žen mezi 25 až 35 lety. (Praško a kol., 2005, s. 11)

U mužů nemoc propukne podstatně časněji než u žen, a to v pubertě, která je sama o sobě obtížným vývojovým obdobím i pro zdravého člověka. V tomto období se člověk vyvíjí, osamostatňuje se od rodičů a hledá si nové sociální kontakty ve společnosti, často se bojí převzít odpovědnost za své činy. Pokud není dostatečně vyzrálý na zvládnutí situace, utíká od reality různými způsoby života, za kterými se skrývá (emo styl, punk, šamanství aj.). Může stáhnout sám do sebe, preferovat samotu. Proto právě v tomto období fyzických a hlavně psychických změn jedince je složité rozpoznat počátky onemocnění schizofrenií od normálního vývoje adolescenta. Rodiče, kteří změny v chování vidí, je přisuzují důsledku dospívání. (Vágnerová, 2005)

Je velmi obtížné označit počátek nemoci (prodromální fáze), jelikož nemoc začíná pozvolna, nespecifickými příznaky, jako je iritabilita, náladovost, neschopnost se soustředit, neklid, nebo naopak nezáměr a ztráta sociálních kontaktů. U mužů je průběh nemoci pozorován s horším průběhem než u žen, které jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. Nebyl vypořádán důvod, proč tomu tak je, jednou z možností je vliv estrogenů na dopaminergní systém, který v nemoci hraje velmi důležitou roli (Motlová a Koukolík, 2004).

WHO a řada dalších organizací provedly výzkumy v obrovské kohortě respondentů, s důrazem na variabilitu v prevalenci schizofrenie v různých geografických oblastech a kulturních podmínkách. Při zpřísnění kritérií se variabilita snížila, proto nemůžeme říci, že v daných oblastech je opravdu výskyt vyšší než jinde. Také otázka, zda se schizofrenie vyskytuje častěji u mužů nebo žen nebyla plně vyřešena a podložena prokazujícími důkazy. Přesto výsledky spíše ukazují na vyšší výskyt u mužů (Motlová a Koukolík, 2004).

Dalším významným kritériem je genetika. Bylo provedeno mnoho studií na téma dědičnosti a zjistilo se, že zde hraje také důležitou roli. Nedědí se onemocnění samotné, jak by si mnoho laiků mohlo myslet, ale dispozice k nemoci, takzvaná vulnerabilita neboli zranitelnost nervového systému a nadměrná citlivost (hypersenzibilita). Bylo prokázáno vysoké procento onemocnění schizofrenií u dětí obou nemocných rodičů, a to 46 %, nižší procento pak u dětí jež mají nemocného jen jednoho rodiče (17 %). Dále byly studovány genetické předpoklady schizofrenie na monozygotních a dizygotních dvojčatech, přičemž jednovaječná dvojčata mají 48 % riziko výskytu a dvojvaječná 14 %. Vše se odvíjí od blízkosti příbuzných. Pokud se podíváme na příbuzné druhého stupně a jedná se o monozygotní dvojčata, riziko se snižuje na 4.5% a u třetího stupně jsou to jen 2% výskytu. (Motlová a Koukolík, 2004, s. 55). Při vzájemném působení psychosociálních a genetických vlivů dochází k propuknutí nemoci, proto zde hrají také velmi důležitou roli vztahy s blízkými osobami, jako jsou rodina a nejbližší přátelé.

1.3. Rizikové, predisponující vlivy

Příčiny vzniku schizofrenie nejsou zcela známy, přesto jsou zmapovány určité rizikové faktory, které přispívají k jejímu propuknutí. Nemůžeme je ovšem označit jako příčiny vzniku nemoci. Rizikové faktory mohou vést ke společnému vyústění, čímž je narušení komunikace mezi neurony v mozku, což může být způsobeno sníženým množstvím spojení mezi neurony, narušením myelinové izolace kolem neuronů nebo mohou být některá mozková centra obsazena v obou hemisférách mozku místo v jedné. (Češková, 2005) V důsledku špatné komunikace v mozku mezi jednotlivými neurony dojde k poruše kognitivních funkcí, objeví se poruchy pozornosti a koncentrace. Je narušena schopnost pružného řešení problémů v zátěžových situacích. Registrujeme nedostatek náhledu, neschopnost plánování, zpracování informací a jiné (Češková, 2005).

Dalším spouštěčem je zvýšené množství dopaminu na základě narušení biochemických dějů v limbickém systému mozku. Limbický systém má za úkol označovat dopaminem pozitivní (neboli libé) a negativní (nelibé) emoce, které jsou pro nás důležité, ty se potom ukládají do paměti. V případě potřeby se nám velmi dobře vybaví. Ukládají se nám jen ty události, které jsou pro nás důležité a je jim přiřazen speciální význam. Vytváříme si tím jakési schéma událostí a situací, které v budoucnu můžeme využít, a vyhnout se tak například některým nebezpečným situacím. V případě poruchy limbického systému dochází k vyplavování nadbytečného množství dopaminu, a označovány jsou pak i události, které pro nás nejsou podstatné (Praško a kol., 2005). Například dopaminem může být označena událost, kdy jde nemocný nakoupit do potravin a prodavačka se na něj u pokladny zadívá déle než obvykle, v klientovi to zanechá pocit významnosti a nastartuje bludy. Mozek si situaci odůvodní tím, že všechny prodavačky jsou tajní agenti a nemocného sledují.

Byla provedena řada výzkumů, zda existují nějaké vnější vlivy, které by pro vznik onemocnění měly nějaký významnější vliv. Zkoumalo se například místo a datum narození a bylo zjištěno, že více nemocných se narodilo v zimních měsících (Motlová a Koukolík, 2004). Je velmi zajímavé přemýšlet, pokud se na toto zjištění podívám ze svého pohledu, proč zrovna zimní měsíce jsou těmi více kritickými. Vystává se otázka, proč jsou lidé narození v zimních měsících náchylnější k psychickým onemocněním a zda má tento deficit spojitost s menším působením slunečních paprsků, které ovlivňují tvorbu endorfinů (hormonů štěstí) Je

známo, že právě v zimním období vzniká mnoho depresivních stavů. Nabízí se úvaha zda nedostatek světla způsobený delší nocí a kratším dnem může mít takový účinek, že do budoucna bude mít vliv na propuknutí schizofrenie.

Jako další nepříznivé faktory pro vznik onemocnění jsou komplikace v těhotenství a během porodu, virová infekce, která postihne plod před narozením, prenatální a psychosociální stres v dětství a samozřejmě požívání drog nebo alkoholu matkou v průběhu těhotenství a kojení (Motlová a Koukolík, 2004).

1.4. Klinický obraz, symptomy

Symptomy nastupují velice pomalu a nenápadně. Nejprve se dané příznaky přisuzují dospívání nebo jim není pozornost věnována vůbec. Zpočátku se jedná o velmi nenápadné změny v chování. Takovéto postupné nastartování nemoci může trvat řadu měsíců, ale i let. Nemocní se do sebe postupně uzavírají, jsou nápadně zamlklí, vytvářejí si svůj vlastní fantazijní svět. Dochází k oploštění emocí, ztrácejí radost, ale nejsou ani přehnaně smutní. Reagují neadekvátně na vzniklé situace: někdy podrážděně, jindy nereagují vůbec. Mnoha věcem nerozumějí a mají pocit, že se svět proti nim spiknul. Věci nabývají speciálního významu, kolem nich se vyskytují jasné symboly, které chápou jen oni, konkrétní věci nabývají zřetelných smyslů. Naučí se nové rituály, například si neustále myjí ruce nebo kontrolují, zda neběží plyn, a tyto rituály je uklidňují. Na základě toho, že jim nikdo nerozumí, ztrácejí sociální kontakty, méně a nesrozumitelně komunikují, jsou osamocení. Postupně ztrácejí nejen svoje přátele, ale i koníčky a zájmy, které předtím naplňovaly jejich život. Na druhou stranu mohou začít spoustu plánů a aktivit, ale nic nedotáhnout do konce. Jsou nepochopitelně unavení, přestože nepodávají zvýšené fyzické výkony. Mění se jejich chování v zaměstnání a ve škole a zhoršují se jejich výsledky. Je to dáno také tím, že ztrácejí pozornost a špatně se soustředí. Jejich kognitivní funkce ochabují. Mohou se vyskytnout poruchy spánku, podrážděnost, úzkost, neklid, strach. Někteří nemocní experimentují s drogami, požívají alkohol, a to jejich příznaky ještě více prohlubuje. Protože nerozumějí tomu, co se s nimi děje, hledají vysvětlení, vstupují do náboženských organizací. Posléze se prodromy prohlubují. To, čemu nerozuměli, se stává jasnější a srozumitelnější a dostává to konkrétní význam. Například všude potkávají červená auta, červená auta jezdí jen cestami

kudy oni chodí, červená auta je pronásledují, hlídají, jejich pasažéři od nich něco chtějí. Nemocný vnímá to, že skutečnost, že do něho narazil pán v klobouku nebyla náhoda, najednou si více všímá lidí, kteří mají klobouk, a zjišťuje, že se na něj divně dívají, něco od něj chtějí. Později mají představy, že je někdo ovládá, vkládá jim do hlavy myšlenky či příkazy, a oni je pak musejí vykonávat. Vnucuje se jim pocit, že okolí slyší nebo může číst v jejich myšlenkách jako v otevřené knize. Mění se realita nemocného, přesto však mnohdy dokáže vnímat ještě normální skutečnost a fungovat ve světě tak, aby nikdo nic nepoznal. Postupem času se klientovo chování začíná podvolovat jeho vnitřním prožitkům, které mu připadají naprosto reálné a nikdo mu je nedokáže vyvrátit. Nemocní, kteří tímto obdobím prošli, říkají, že nikomu v této době nevěřili, mysleli si, že jim ostatní lžou anebo jsou tak hloupí a naivní, že události a symboly, které vidí oni, ostatní nevidí. V této fázi už dochází k *atace*, tedy k psychotické krizi, která se nejčastěji projevuje poruchami vnímání, konkrétně halucinacemi a poruchami myšlení – bludy. Mohou se objevit také poruchy nálad jako je mánie, deprese, úzkost. Dále kognitivní poruchy paměti a pozornosti. Příznaky schizofrenie dělíme do čtyř kategorií, přičemž mohou být u jedince zastoupeny v různém podílu (Motlová a Koukolík, 2004).

Tab. 1 Rozdělení příznaků schizofrenie

Příznaky schizofrenie			
Pozitivní	Negativní	Kognitivní	Afektivní
halucinace	snížení až vymizení motivace	poruchy pozornosti	poruchy nálady
bludy	ochuzení citového prožitku	potíže s pamětí	úzkost
dezorganizované chování a myšlení	oslabení až ztráta vůle	narušené exekutivní funkce	deprese
	vymizení energie		

Zdroj: Motlová a Koukolík, 2004

1.4.1. Pozitivní příznaky

Jsou to příznaky, které ukazují na poruchu duševních funkcí. Pozitivní se nazývají hlavně proto, že jsou oproti základním smyslovým vjemům získané navíc. Při projevech pozitivních příznaků nalezneme zvýšenou dopaminergní aktivitu. Právě tyto příznaky jsou hlavním signálem pro přijetí k hospitalizaci. U veřejnosti vzbuzují obavy z nemocného, pociťují nevyslovený strach, aby jim nemocný neublížil. Do této kategorie patří halucinace a bludy, dezorganizované chování a myšlení (Praško, 2005).

Halucinace

Halucinace jsou falešné smyslové vjemy, které nejsou založené na žádném reálně existujícím objektu, dochází tedy ke změnám kvality vnímání. Vnímáme je všemi smysly. Mezi nejčastější patří sluchové halucinace. Klienti mohou slyšet jak jednoduché zvuky, tak i složité, jako jsou hlasy. Pod jednoduché zvuky můžeme řadit tikání hodin, tříštění skla, škrábání, skřípění zubů. Zvuky mohou být i příjemného charakteru, jako třeba šum moře. Častěji se ale vyskytují ty nepříjemné, které člověka vyvádí v míry, dráždí ho, způsobují bolest hlavy. Nemocní můžou například slyšet praskání dřevěných parket v pokoji, a nabudou tak domnění, že se jim někdo prochází po bytě, což je pro ně velmi znepokojující. Pokud se jednotlivé halucinace opakují, jsou schopni vůči nim zaujmout určitá opatření. Nespočetněkrát kontrolují vchodové dveře, jestli jsou dobře zamčené, aby se jim do bytu nikdo nedostal. Kamerují si místnost anebo v místnosti pobývají, aby toho člověka, který se jim tam údajně prochází, přistihli (Motlová a Koukolík, 2004).

Do složitých sluchových halucinací patří *hlasy*. Mohou být přítomné uvnitř hlavy jako ozvučené myšlenky anebo akusticky slyšitelné v prostoru. Hlasy hovoří buď k člověku přímo nebo o něm mluví ve třetí osobě. Komentují jednání jedince, přikazují mu, co má a nemá dělat. Mohou na nemocného volat nebo se mu posmívat, nadávat mu. Může se vyskytovat jeden, ale i více hlasů zároveň, mužské i ženské. Dělíme je na:

- *imperativní* - hlas či hlasy nemocnému něco nařizují provést
- *teleologické* - hlas či hlasy pacientovi radí nebo jej kritizují

- *antagonistické - nemocný slyší více hlasů, z nichž některé s ním sympatizují, jiné vyjadřují antipatie* (Svoboda ed, 2004, s. 90)

Imperativní hlasy jsou pro nemocného často velmi nebezpečné, mohou jedince nabádat k agresivitě, poškozování sebe sama, a dokonce až k suicidnímu jednání. Nutí jedince chovat se a jednat jinak, než za normálních okolností. Hlasy mu dávají nesmyslné rozkazy, nabádají ho, aby si ubližoval, nemluvil, nejedl, nebo naopak jedl hodně. Podmaňují si nemocného. Dávají různá ultimáta nebo podmínky, například pokud se bude dívat na televizi, musí rozbít jeden hrneček (Svoboda, 2004).

Dalším typem halucinací jsou halucinace zrakové. Objevují se méně často než sluchové. Vyskytují se v jednodušší formě, jakožto vidiny skvrn, blesků, jisker, ohně, světél, barev. Označujeme je jako *fotomy*. Při složitějších halucinacích nemocný vidí zvířata, lidské postavy nebo různě veliké předměty. Mohou být spojeny se spirituálním prožitkem, například vizí Panny Marie, která každý večer stojí vedle postele dané osoby. Vidět mohou již zemřelé přátele či příbuzné, kteří je k něčemu nabádají, ale i psa, který se jim prochází kolem domu a pokaždé, když chtějí vyjít ven, pokouší se je pokousat. Aby se vyhnuli stresující situaci se psem a případnému poranění, zůstávají raději zavření doma. (Svoboda, 2004)

Čichové halucinace bývají spojeny s chuťovými. Nemocný cítí nepříjemné pachy, kterým se nedovede bránit. Cítí například zápach síry, čpavku nebo plynu. Pod vlivem halucinací často kontroluje, zda má vypnutý sporák, a plyn mu neuniká. Mají strach, že je chce někdo plynem úmyslně otrávit. Při chuťových halucinacích cítí odpornou chuť v puse bez zjevné příčiny. (Svoboda, 2004)

Při taktilních halucinacích cítí nemocní doteky, ačkoli nikdo v blízkosti není. Nepříjemné pocity štípání, hlazení, škrábání. Mohou to být ale i cenestetické halucinace, neboli orgánové. Jejich obsahem je dojem, že nemocný nemá nějaký orgán (zmizely mu plíce) nebo ho má nějak pozměněný; má pouze polovinu mozku, protože cítí, že jedna strana hlavy je lehčí. Mají dojem, že se tělesné orgány přehodily, uspořádaly jinak bez chirurgického zákroku, třeba působením mimozemské civilizace. (Svoboda, 2004)

Tab. 2 Procentuální rozdělení podle hojnosti výskytu jednotlivých smyslových halucinací:

Sluchové	50%
Zrakové	15%
Taktilní	5%

(Motlová, Koukolík, 2004, s. 23)

Slovní projev může být zmatený, věty a slova nelogicky uspořádané. Dochází k tvorbě neologismů, kterým rozumí jen sám nemocný. Je to projev dezorganizovaného myšlení. Nedokáže udržet téma konverzace, ztrácí nit, navazuje naprosto odlišnou myšlenkou, než kterou započal. (například: vypráví o penězích, že nemá v peněžence už ani korunu a posléze se dostává k myšlence, že princezny nosí na hlavě korunu a že jim to moc sluší). Projevuje se slovní chudost, jakoby nedostatečná slovní zásoba. Nesouvislé myšlení přináší velký problém při komunikaci, která se někdy zdá až nemožná. Stává se, že započatou větu ani nedokončí, protože dojde k myšlenkovému zárazu, bloku. Nejen myšlení, ale i chování může být dezorganizované. Laickým okem se zdá, jako by se člověk vrátil do puberty. Objevuje se neomalené až drzé jednání. Může mít širokou škálu druhů chování, od skotačení, dovádivosti, rozjívivosti, po různé nepředvídatelné stavy, neklid a podrážděnost. Promítá se to i do běžných denních úkonů a dovedností jako je osobní hygiena, kterou klient zanedbává nebo provádění domácích prací (Motlová a Koukolík, 2004). Pokud se již k nějaké činnosti odhodlá, dokáže vytírat suchým hadrem nebo místo přesazování kytek vysypávat hlínu z květináče a původně zasazené kytky dávat do vázy s vodou. Způsob oblékání je bizarní. V zimě je schopen chodit v šortkách a slunečních brýlích, naopak v létě se obleče do šály a rukavic. Přestože v současné době se s tímto trendem (zvláště se oblékat) setkáváme čím dál tím častěji i u naprosto psychicky zdravých osob, toto chování není podmíněno tím, že by daná osoba chtěla být zajímavá. Psychotikovi nepřipadá, že by vyčníval z davu a jeho oblékání, jednání mu přijde naprosto přirozené a normální.

Do pozitivních příznaků patří i intrapsychické halucinace. Při nich mají pocit, jako by jim někdo viděl do hlavy. Jejich hlava jim připadá jako otevřená kniha, ve které si každý může listovat podle libosti a zjistit cokoli z minulosti, přítomnosti, jakýkoli kompromitující materiál, který bude proti nim následně použit. Myšlenky jsou ozvučeny, a kdokoli je poblíž, může slyšet, co si právě myslí, chtějí udělat. Také mohou být hlasitě komentovány. Věří, že jim jiné bytosti mohou do hlavy vkládat myšlenky, nebo je naopak odnímat. Za těchto

podmínek se nedivím klientům, kteří volí samotu ve svém bytě a naprosté odloučení od vnějšího světa.. Nazvala bych to duševní nahotou, kterou nemocný nedokáže obléci. Musí to být naprosto nepopsatelný pocit bezmocnosti (Motlová a Koukolík, 2004).

Poruchy vnímání se mohou projevat i jiným způsobem, a to například pocitem odcizení. Jednak pocitem odcizení vlastní osoby, depersonalizací anebo derealizací, což je odcizení od světa. Mají dojem, že jim jejich vlastní tělo nepatří, cítí se v něm nesvoji. Jako by bylo nereálné, neexistovalo, nebo naopak patřilo někomu jinému. Při haptickém kontaktu s nějakou věcí necítí, že by se dotýkali vlastním tělem. Jako by se duše oddělila od těla, myšlení je separováno a tělo je něco cizího navíc. Při pohledu do zrcadla nevidí sami sebe, ale obličej někoho neznámého, což je může děsit. Při derealizaci vnímají podobné pocity. Život jako by se odehrával za divadelní oponou a oni byli pouze diváci sledující hru. Může se jim to zdát jako sen nebo příběh z filmu, který právě prožívají, něco neskutečného. Stejně tak blízké osoby nebo známé věci se pro daného jedince najednou stávají cizími (Koukolník, Motlová, 2004).

Bludy

Stejně jako existují poruchy vnímání, můžeme pozorovat poruchy myšlení. Dochází ke změně kvality myšlení, je narušen obsah. Objevují se bludné představy, které jsou nevyvratitelné. „*Je-li blud zpochybněn, vzniká ohromná úzkost, proto jsou bludná přesvědčení nepřístupná námitkám a rozumovým argumentům.*“ (Dörner, Plog, 1999 s. 89) Lidé, kteří tento stav prožili, se svěřují, že v době bludných představ nikomu, kdo jim jejich představu chtěl zpochybnit nebo vyvrátit, nevěřili. Mysleli si, že buď patří do nějakého spiknutí anebo jsou natolik hloupí, že ty jasné souvislosti, znamení prostě nevidí. Naprosté odmítání logické argumentace ukazuje na to, že jakékoli vyvracení nemá význam. Vystává otázka jak se máme v této situaci zachovat. Nevyvracet, ale ani nepotvrzovat falešnou představu, sdělit, že máme na situaci jiný názor a bavit se raději o pocitech nemocného. Rozhovor mu může pomoci zvládat úzkost a strach, který nemocný pociťuje například při domnělém pronásledování (Dörner, Plog, 1999).

Blud můžeme vymezit jako chybnou představu, která je založená na skutečném podkladě. Představa je falešná, pokroucená, předělaná tak, aby nemocnému umožňovala vysvětlení situace, ve které se člověk nachází. Může vnímat požární hlásiče na stropech jako

skryté kamery, které pozorují jeho chování a zasílají informace dál pro tajné služby. Některé představy jsou podobné dětským fantaziím. Nejčastěji se blud vyskytuje v podobě pronásledování, ovlivňování, vztahovačnosti. Člověk je paranoidní, somatický, religiózní. Myslí si, že je vyvolen k tomu, aby spasil svět, a tak musí trpět. Na ulici si o něm lidé povídají, smějí se mu, ukazují si na něj. Viděl svoji tvář v televizi. Vystávají pocity, že je stíhá FBI nebo jiná tajná organizace, mimozemšťané. Snaží se zajistit si svoji bezpečnost různými mechanismy, budují si v bytě ochranné barikády, přestávají se stýkat se známými, vytvářejí si bezpečnostní opatření všeho druhu. (Češková, 2005)

1.4.2. Negativní příznaky

Ačkoli nejsou tak nápadné jako ty pozitivní, daly by se označit za horší a to hlavně z toho hlediska, že jsou hůře léčitelné, alespoň prozatím. Na rozdíl od těch pozitivních zde najdeme sníženou dopaminergní aktivitu, z čehož vyplývají i samotné příznaky. Vyznačují se především oploštělou emotivitou, snížením až vymizením motivace, ztrátou zájmů, cílů, přátel. Neschopnost emocionálního prožitku můžeme vidět i na monotónní řeči, nulové mimice nebo gestikulaci. Nedokáží cítit radost ani smutek, něco se stalo a pocity z toho nepramení žádné. Nacházíme nedostatek vůle pro splnění, dokončení úkolu. Dokonce samotné sledování televizního pořadu nebo čtení časopisu, knihy, může být pro takového člověka náročné, jeho zájem opadne a danou aktivitu nedotáhne do konce. Ochuzuje se myšlení a řeč, věty jsou prázdné, bez významu, naplněné slovní vatou. Nedostávají se jim slova, témata, na která by chtěli hovořit. To vede k omezené komunikaci mezi známými a postupné ztrátě sociálních kontaktů. Následné navazování kontaktů je velmi obtížné. V mnoha případech ani klient ožádá přátele nestojí, nemá zájem s nikým trávit čas, chce být sám se sebou, nikým nerušen. Volí si osamělost a izolaci od okolního světa dobrovolně. Objevuje se ztráta koníčků, zájmů, které ho dříve bavily a naplňovaly. Vše je mu najednou jedno. Do ničeho se mu nechce, nic ho nebaví. Není schopen se sám o sebe postarat, dodržovat hygienu. Mnohdy si okolí pacientovi projevy vysvětluje jako známku lenosti. Lidé tyto příznaky nevidí jako součást nemoci, přičítají je právě neschopnosti či lenosti dané osoby, připadá jim, že se tak chová záměrně. (Češková, 2005)

Příznaky jsou charakterizovány jako primární, tedy ty, které způsobuje sama nemoc: ztráta motivace, ochuzení citového prožívání, ochuzení řeči, sociální stažení, oslabení až ztráta vůle, problémy při rozhodování, plánování. Nacházíme je u nemocných v první epizodě. Sekundární jsou pak ty, které vyplývají z těch primárních. Objevuje se zejména deprese, narušená motorika nebo nedostatek sociálních stimulů. Příznaky mohou být také nežádoucím vedlejším účinkem při užívání některých antipsychotik. Pokud se tato situace vyskytne, není obtížné léčebný preparát vyměnit za jiný a potíží tak předejít. (Češková, 2005)

1.4.3. Kognitivní příznaky

Jedná se o narušení poznávacích schopností. Kognici neboli poznání využíváme prakticky neustále, v naprosto běžných situacích. Jdeme nakoupit do samoobsluhy a místo toho, abychom si napsali na kus papíru co vše chceme koupit, pamatujeme si jednotlivé položky v hlavě. Zde je důležitá paměť. Může se nám stát, že některý výrobek nemůžeme najít, a tak se na něj poptáme některého zaměstnance prodejny, který nám popíše místo kde daný produkt nalezneme. Tady má hlavní slovo pozornost. Cestu domů z obchodu jsme si zvolili jinou než obvykle z nějakého důvodu. Tady hraje roli plánování cesty a naučení se této nové trasy. Přesně v těchto oblastech pociťuje nemocný nedostatky. Dochází u něj k narušení paměti, pozornosti, exekutivních neboli řídicích funkcí (například plánování), a nezvládá řešit běžné situace a schopnost učení je narušena. Pokud si nemocný nemůže vzpomenout na některý výraz, jak popsat určitou činnost, nebo věc, uchyluje se mnohdy k mnohomluvným vysvětlením popisujícím to, co nedokáže vyjádřit jednoslovně. Jak je vidět, při poruše kognitivních funkcí dochází k selhání v každodenních činnostech. Projevuje se to v zaměstnání, při studiu nebo v kontaktu s lidmi. Problém zapamatovat si nové informace, rozlišovat důležité od nepodstatného, neschopnost se soustředit, to vše jsou poruchy, se kterými nemocní musejí bojovat. Zůstávají i po odeznění akutní fáze nemoci a je nutné je trénovat, aby se nemocný zase mohl navrátit do fáze před propuknutím nemoci, a zařadit se tak do běžného života, aniž by se cítil nějakým způsobem handicapovaný. (Praško a kol., 2007)

1.4.4. Afektivní příznaky

U schizofrenie nacházíme afekt plochý. „*Pozorovatel určí plochý afekt nejčastěji podle malého počtu expresivních gest, nedostatečné modulovaného hlasu, snížení spontánních pohybů, chabého očního kontaktu, afektivní nezúčastněnosti, zpomalené řeči a dlouhé latence odpovědi.*“ (Motlová, Koukolník, 2004, s. 28) Pokud s takovým člověkem jednáme, připadá nám znuděný, apatický, s absolutním nezájmem. Nemá do ničeho chuť, jako by mu chyběla vůle pro podnikání plánů či dokončování započatých aktivit. Je vůči všemu lhostejný, nezáleží mu na věcech, které pro něj byly dříve podstatné. Koníčky, které mu předtím naplňovaly život, už pro něj nic neznamenají. Nejčastěji se dostávají pocity zoufalství, beznaděj a pokleslá nálada. Nemocný pocituje neklid, nejistotu, úzkost. Objevuje se strach z budoucna, a z neschopnosti se vyléčit. V důsledku těchto obav a dalších pocitů se projeví depresivní stavy. Z depresivních stavů není daleko k sebevražedným myšlenkám. Hrozí zde velké riziko, že suicidní myšlenky depresivní člověk uskuteční. Pokud se nám klient s myšlenkou na sebevraždu svěří, nesmíme to nikdy brát na lehkou váhu a musíme zahájit příslušná opatření. Na dotyčného mohou působit určité protektivní faktory. Řadí se sem hlavně vliv rodiny, faktory, kterými jsou vliv rodiny, případných dětí a klientova zodpovědnost vůči rodině. U žen to může být těhotenství a zodpovědnost za nenarozené dítě. Dalším posilujícím faktorem je víra v Boha. Svůj pozitivní vliv má podpora okolí a pozitivní terapeutický přístup. Zejména dobrý a citlivý vztah mezi terapeutem a klientem může mnohem zabránit. (Koukolník, Motlová, 2004)

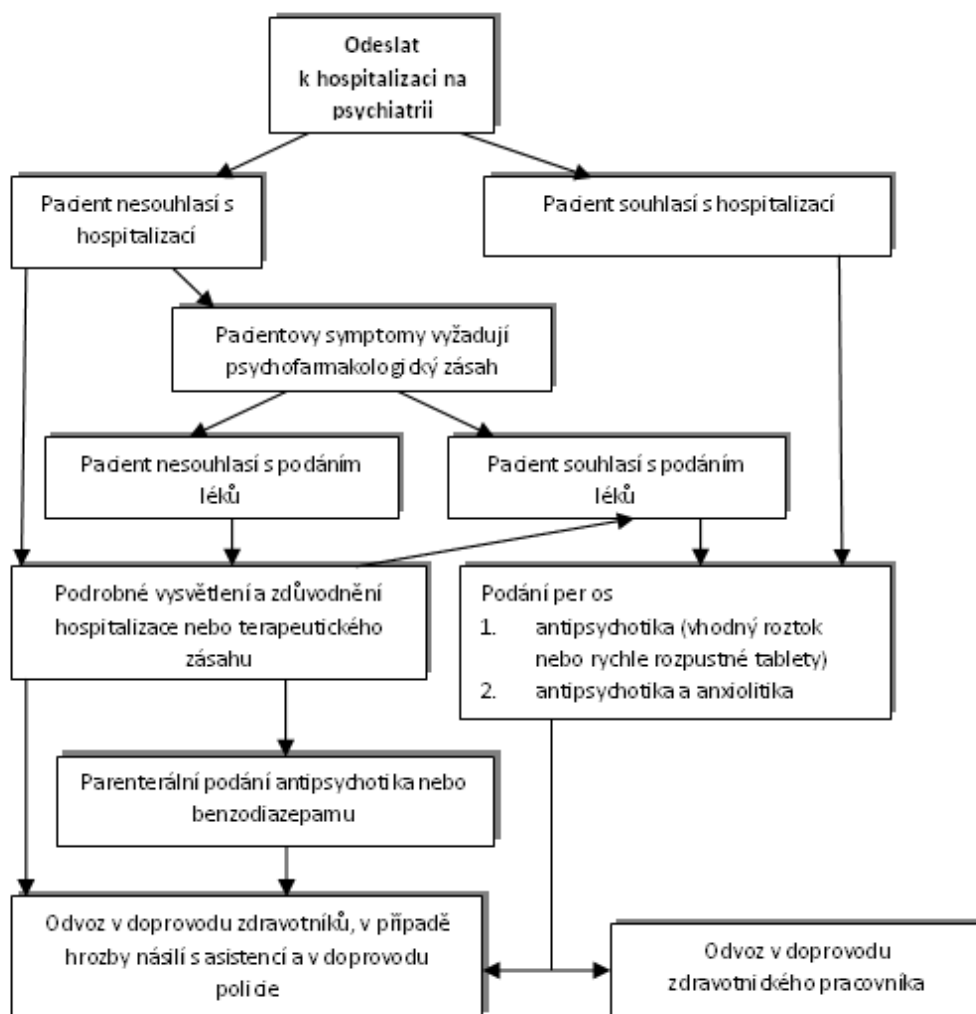
Druhým protipólem deprese je manická příhoda. Typická je pro ni rozjásanost, nadměrně vysoké sebevědomí a neobvykle zvýšená aktivita. Na rozdíl od dlouhodobých poruch nálady má krátké trvání a vyznačuje se střídavostí. Do poruch nálady mohou zasahovat vnější vlivy jako je špatné počasí, návykové látky. Při manické poruše je však vyvolávací podnět nedostatečný nebo žádný. (Koukolník, Motlová, 2004)

Příznaky se v průběhu onemocnění mohou měnit a závisejí také na jednotlivých klientech. U každého se projevují v jiné intenzitě a kombinaci. V důsledku potíží se klienti velmi obtížně zařazují zpět na otevřený trh práce i do běžných činností v denním životě.

1.5. Možnosti léčby

Léčba sama o sobě se skládá z mnoha metod a je nutné k ní přistupovat z různých hledisek. Slovo léčit vyvolává u veřejnosti nejčastěji domněnku ve smyslu farmak, obzvláště pokud hovoříme o duševní poruše. Zde lidé nepřemýšlejí nad chirurgickými zákroky nebo protektivními pomůckami, třeba ve formě dlahy. Hlavní myšlenkou je, jak psychiatricky nemocné lidi zajistit léky, aby nebyly sobě či druhým nebezpeční. Už méně častá je v laickém povědomí myšlenka, že je nutné zajistit také jiná léčebná opatření, která by byla nemocnému prospěšná a vedla k pozitivním výsledkům. Pokud nahlédneme za oponu lékařské terapie, uvidíme, že na léčbě se podílí mnoho specialistů. Pacient se setkává s psychiatry, sociálními pracovníky, rehabilitačními pracovníky, zdravotními sestrami či terapeuty z různých okruhů. Byl vytvořen možný postup, jak jednat s klientem u něhož se dostaví příznaky a je sám sobě i okolí nebezpečný.

Obr. č. 1 Postup při indikaci k hospitalizaci



(Libiger, 2000, in Seifertová, 2004)

Velmi důležitým úkolem je získat si důvěru nemocného a sblížit se s ním. Pokud se tak nestane, nebude nám věřit a léčba bude ztrácet na efektivitě. Pokud pacient získá pocit, že mu chceme pomáhat a nejsme proti němu, že máme společný cíl, jsme na správné cestě ke spolupráci na léčbě. Je velmi obtížným úkolem, získat si pacienta s bludy pro farmakologickou léčbu. Klient má velké obavy, že jsou mu léky podávány například proto, aby ho oslabily v jeho obraně proti domnělým nepřátelům, nebo rovnou jako něco, co mu ublíží. Tato obava pramení zejména z toho, že situaci nemá pod vlastní kontrolou. (Smolík, 1996) „*Terapeut by měl dát jasně najevo, že sice nesouhlasí s pacientem, ale že respektuje jeho názor. Neměl by se pokoušet vyvracet bludy logickými argumenty.*“ (Smolík, 1996, s. 181) Abychom nemocného přesvědčili pro léčbu psychofarmaky, stává se nám velmi

užitečným nástrojem citlivá, trpělivá a jednoduchá komunikace. Pokoušíme se nemocnému nastínit základní informace o průběhu nemoci a léčbě. V případech nařízené léčby soudem je obtížnější navázat s pacientem vztah založený na důvěře. Převezení do psychiatrického zařízení a následná hospitalizace proti jeho vůli tento vztah narušuje. K těmto lidem je potřeba přistupovat s náležitou trpělivostí a zkušeností. (Smolík, 1996)

Farmakologická léčba se dá označit za základní, na niž potom navazují další psychoterapeutické metody. Ale ne ve všech případech je potřeba. Eugen Bleuler (1998, s. 304) uvádí: „*Diagnóza schizofrenie sama o sobě není indikací k medikamentózní léčbě.*“ Což je na jednu stranu velmi překvapivé. Dále však dodává, že „*Vystačit při léčbě schizofrenie bez léků je velké umění, a že v akutních stavech excitace a napětí jsou medikamenty jednoznačnou volbou*“. (Bleuler, 1998, s. 305) V akutním stavu je nutná hospitalizace. Podnět k hospitalizaci přichází většinou od rodiny, sousedů či lidí, kteří se dostali do kontaktu s nemocným.

Provádí se terapie neuroleptiky. Je to skupina léků, která funguje na základě blokády dopaminových receptorů. Neuroleptika mají účinnost zejména proti pozitivním příznakům (halucinace, bludy), v případě negativních příznaků byl prokázán buď velmi slabý účinek nebo vůbec žádný. Lékaři mají na výběr z několika preparátů, které se liší v nežádoucích účincích. Vedlejší účinky jsou neblahou vlastností těchto léků. Psychiatrii se je snaží eliminovat a naordinovat pacientovi takový preparát, který by pro něj byl tím nejšetrnějším, s minimálním výskytem vedlejších účinků. Pacienti si stěžují na zvýšení hmotnosti, sexuální dysfunkce, ospalost. Z dalších negativních příznaků se může vyskytnout dystonie (porucha svalového napětí), akatizie (vnitřní neklid, netrpělivost) nebo rozvoj parkinsonismu (soubor příznaků k nimž patří svalová ztuhlost, šouravá chůze, třesoucí se ruce, zpomalení a omezení hybnosti). (Hartl, 2000)

Indikace neuroleptik bývá zpočátku stanovena ve větších dávkách, které se postupně snižují až dojdou na udržovací hladinu. Tato dávka je nastavena tak, aby pacienta udržovala ve stabilizované fázi a chránila ho tak před *relapsy* nemoci. Přestože léky nemocným lidem pomáhají, často je vysazují. Příčiny jsou různé. Nejčastěji takto činí úmyslně, neboť pro ně jsou vedlejší příznaky tak nepříjemné, že raději lék vysadí. Ačkoli udržovací léčba by měla po

první epizodě trvat jeden až dva roky, nemocný léky mnohdy vysadí brzy po odeznění akutních příznaků nemoci, protože si myslí, že už je nepotřebuje. (Koukolík, Češková, 2005)

Pacientovi připadá zbytečné pilulky užívat, když se cítí v pořádku - jediné co mu přinášejí jsou další problémy v podobě vedlejších účinků. Někdy léky neužívá pravidelně v důsledku toho, že si zapomene svoji dávku vzít nebo si nedojde ani pro předpis léčiv k psychiatrovi. To, že nedochází na pravidelné návštěvy k lékaři, může mít i další negativa. Lékař nemá možnost sledovat pacientův stav, a tak se může stát, že pacienta znovu přepadne *ataka* nemoci, a ačkoli byl třeba nástup postupný, neměl lékař možnost jej nikterak ovlivnit. „*Výsledky dlouhodobého sledování ukazují, že nemocní se schizofrenií nespolupracují při užívání antipsychotik v 40-60% a s odstupem od hospitalizace se procento nespolupracujících osob dál zvyšuje.*“ (Kissling, 1994; Fleischhacker et al., 1994; Weiden et al., 1994 in Maršálek, 2004, s. 142)

Nejen z tohoto, ale i dalších důvodů, byla vynalezena antipsychotika 2. generace, která jsou pacienty lépe snášena a předpokládá se, že budou pacienty poctivěji užívána. Mají výhodu, že ovlivňují i negativní či afektivní příznaky, což se u starších antipsychotik stávalo v minimální míře nebo vůbec. Pro zajímavost jmenuji některé názvy antipsychotik 2. generace: *klozapin, risperidon, olanpazin, zotepin*. Toto je jen část léků ze široké škály preparátů. (Češková, 2006) Léčba zahrnuje také péči somatickou. V důsledku vysokého procenta pokusů o sebevraždu tito lidé potřebují i ošetření tělesné. K hospitalizaci jsou přijímáni lidé nepečovaní a zanedbaní. Nemocné najdeme i v řadách bezdomovců, kteří nenavštívili lékaře třeba už několik let a mají somatické potíže různého rázu.

„*Léčbu si můžeme rozdělit do několika fází: zklidnění akutního psychotického stavu, akutní fáze, stabilizovaná fáze a udržovací fáze.*“ (Seifertová a kol., 2004, s. 51) V akutní fázi je hlavním cílem zklidnění nemocného. Důležité je též snižování napětí a stanovení určitého režimu na oddělení, který pomáhá vnést do pacientova pobytu v psychiatrické léčebně řád. Neméně důležitou součástí je kladení požadavků, zpočátku však musí být velmi nízké, aby je pacient byl schopen plnit a nebyl uváděn zbytečně do stresových situací. S výkonem klienta se poté pracuje v období remise, kdy jde především o návrat k původnímu způsobu života, a to stylem různých rehabilitačních modelů. Ve stabilizační fázi redukuje stresové faktory a situace. Určitě je výhodné stanovit si na počátku léčby dlouhodobý a krátkodobý terapeutický

plán, který postupně naplňujeme. Cíl musí být pro klienta dosažitelný, aby měl motivaci k jeho plnění. V této době se zahajuje *psychoedukační program*. V poslední, udržovací fázi, je psychóza stabilizovaná a dá se s klientem mnohem lépe pracovat. Klient nastupuje do rehabilitačních center, vytvářejí se podmínky pro socializaci, nastupují tréninky kognitivních funkcí. (Seifertová a kol., 2004)

Schopnost návratu do stavu před *atakou* souvisí s počtem prodělaných epizod a také s odolností vůči zátěžovým situacím. Důležitá je také délka pobytu v psychiatrickém zařízení. Čím kratší dobu klient v hospitalizaci stráví, tím se lépe znovuzačleňuje do běžného života. Dále léčba probíhá ambulantně. V tuto chvíli se řeší mnoho otázek - za dobu, kterou strávil v ústavním zařízení mohl ztratit zaměstnání, bydlení. Také rodina na něj získala náhled a je důležité, jak se k nemocnému postaví. V případě zaměstnání existují různé neziskové organizace, které se na tuto problematiku zaměřují a klientům nabízí pomoc na přechodnou dobu. Co se týká otázky bydlení, nemocní mají možnost vyhledat pracovníky, kteří tento problém pomáhají řešit. Skýtá se například možnost ubytoven. Pohled rodiny a její péče je však velmi důležitá. S tímto nemocnému žádné organizace nepomohou. Členové mohou nastudovat, jak se k blízkému, který onemocněl schizofrenií, chovat. Dozvědí se, že nezájem, ale i přemíra pečování škodí. Také, že při opětovných bludech, není vhodné logicky argumentovat, ale říci, že mají na situaci jiný pohled. Jestli své chování zaměří tímto směrem je však už na nich samotných. Pokud ano, stává se rodina pro nemocného velkou psychickou oporou. Domov je místo založené na důvěře a v případě že se nemocný necítí psychicky dobře, může své pocity směřovat k členům rodiny a společně pak řešit, zda zkontaktovat odborníka či ne. Častokrát už jen samotné svěření se nemocnému pomůže. (Praško a kol., 2005)

Cílem léčby je snížení mortality, morbidity, relapsů nemoci a celkové zlepšení kvality života těchto lidí.

1.6. Prognóza

„Jedna třetina pacientů se uzdraví, druhé třetině se epizody vracejí a poslední třetina má nepříznivý chronický průběh.“ (Motlová a Koukolík, 2004, s. 49) Takto je charakterizovaná prognóza pro lidi, kteří onemocněli schizofrenií v mnoha pramenech. Je to orientační rozdělení, avšak dobře zapamatovatelné, a pokud se na něj podívám, připadá mi příznivé. Přestože se jedna třetina nemocných uzdraví úplně, část veřejnosti ovládá stále myšlenka, že schizofrenie je nevyléčitelné onemocnění. Případná medializace tohoto třetinového rozdělení by mohla pomoci veřejnosti k utvoření si příznivějšího názoru na nemoc, a dokonce by to mohlo vést i k větší státní angažovanosti při finanční podpoře pro léčbu nemocných. Lidé rádi podporují záležitosti, kde jsou vidět výsledky.

K příznivým prognostickým faktorům patří zejména malé množství *atak* - čím méně má nemocný epizod, tím má větší šanci, že se navrátí zpět k životu, jaký vedl před vypuknutím onemocnění. Také délka mezi jednotlivými atakami a relapsy nemoci je důležitá. Čím delší je pauza mezi etapami nemoci, tím reálnější je, že se člověk navrátí ke svému bývalému životu a do další ataky přichází více posílený. Příznivý je akutní nástup příznaků, a to pozitivních. Objeví-li se například oploštělá emotivita, která má špatnou odezvu na léčbu, prognóza se zhoršuje. (Motlová a Koukolík, 2004)

Co se týká pohlaví, prognózou jsou na tom lépe ženy. Výhodný je manželský nebo partnerský život před tím, než se nemoc projeví. Nemocnému prospívá především proto, že má v blízkosti osoby, které mu mohou pomoci nést břemeno nemoci. Tím, že se klient může svěřit se svými pocity a nemusí se bát například výsměchu či netaktního jednání, se mu uleví hlavně psychicky. Dalším důležitým faktorem pro pozitivní prognózu je lepší socioekonomické zázemí. Dobrá životospráva, fyzická kondice a přítomnost koníčků jsou pro dobrou prognózu také přínosem. Co se týká hospitalizace, je samozřejmě výhodné, aby byla co nejkratší, aby se nemocný mohl navrátit co nejdříve zpět domů, ke svým zálibám, blízkým a mohl začít rehabilitovat. (Praško, 2005)

Nepříznivé prognostické faktory jsou opakem těch příznivých. Dále sem spadá abúsus alkoholu a drog a život v dysfunkční rodině. Klient má problémy sám se svojí nemocí a

navrch se nabalují problémy rodinné. Místo zázemí, které by mu bylo v mnohém prospěšné, může na něj dopadat deprivace.

1.7. Stigmatizace

Velkým problémem pro léčbu schizofrenie se stala stigmatizace nemocných. Samotný pojem schizofrenie ve veřejnosti vyvolává různé předsudky a vykreslení osobnosti, která touto duševní chorobou onemocněla. Přestože se řada z nás ve svém životě s člověkem, který onemocněl schizofrenií, osobně nesetkala, máme na tyto lidi určitý náhled - ve většině případů negativní. V dnešní době je informovanost veřejnosti, co se týká nemoci, na relativně dobré úrovni. Dokážeme popsat, jak se nemoc projevuje, že si ji nemocný nezapříčinil sám a že je to léčitelné onemocnění. A přestože tyto znalosti většina laické veřejnosti má, neubírá to na stigmatu schizofrenie.

Nemocní jsou „zaškatulkováni“ do kategorie „ONI“. V pojetí veřejnosti se společnost dělí na „MY“ (neboli normální obyvatelé) a „ONI“, ti divní, nebezpeční a nepředvídatelní. (Motlová a Koukolík, 2004) Stigma je definováno jako: *„Dědičný nebo vrozený znak; též předem záporné až hanlivé hodnocení, které okolí přisoudí jedinci, skupině nebo organizaci.“* (Hartl, 2004, s. 262) Vzhledem k tomu, že je stigma dáno předem, tedy před seznámením se s nemocným, je výhodné zahájit včasnou prevenci, a to třeba ve formě osvěty žáků základních škol. Veřejnost vyčleňuje nemocné ze společnosti. Tímto dochází k zafixování si stigmatu už v dětství. Stigmatu nahrává také negativní mediální interpretace duševně nemocných. *„Průzkum mínění 1737 dospělých Britů v roce 1998 ohledně sedmi různých duševních poruch odhalil, že schizofrenie, alkoholismus a drogová závislost jsou v představách velké části respondentů spjaty s nepředvídatelností a nebezpečností.“* (Motlová a Koukolík, 2004, s. 339) Velkou roli zde hraje strach především z toho, že jsou pro ně psychoticky nemocní nebezpeční. Bojí se být s člověkem, který onemocněl, v bližším kontaktu. Utkvělou představu nebezpečnosti podporuje mediální obraz agresivních činů duševně chorých. V televizi či rozhlasu jsou uváděny různé případy, kdy nemocný někomu ublížil pod vlivem bludných představ.

Ačkoli je k nemoci přisuzováno vyšší riziko páchaní násilných činů, nedochází k nim tak hojně, jako třeba u drogově závislých. Pokud k nějakým násilným činům dojde, odehrávají se na poli rodinném. Útok na cizí osobu je zcela ojedinělý. (Motlová a Koukolík, 2004) Pokud budou léčeny bludné představy, ze kterých toto riziko agresivity pramení, eliminujeme počet násilných útoků. Tento problém je tedy řešitelný. Setkáváme se také s vysokou mírou diskriminace, a to zejména v podobě separace se od nemocných. Pokud onemocní schizofrenií člověk, který měl na nemoc stejný či podobný náhled, obává se reakce okolí. Aby se vyvaroval zlých poznámek nebo postojů vůči němu, vyčleňuje se sám ze společnosti, ztrácí sociální kontakty a nechce navazovat nové. Je to přirozená obranná reakce. „*Stigma, které primárně znamená nemoc, handicap či fyzické znetvoření, se však na jedinci projevuje při jeho vlastní percepci. To znamená, že si je handicapu vědom, ale důsledek stigmatizace vnímá nejvíce v sociální interakci s okolím.*“ (Kudláček, 2004, s. 125)

K Projevům stigmatizace nemoci patří i finanční stránka. Pokud porovnáme výši prostředků poskytovanou somaticky nemocným, nejsou peníze na duševně nemocné uvolňovány spravedlivě. A to nehovořím pouze z hlediska financí poskytovaných státem. I široká veřejnost má možnost podpořit v rámci různých charitativních sbírek tuto problematiku. Většina dává peníze na děti nebo fyzicky postižené, ale přispívat na duševně nemocné nechce. Navrací se otázka strachu. Chci podpořit dobrou věc, pomoci týraným zvířatům, dětem v dětských domovech či invalidním lidem. Jistě je to velmi šlechetný čin, ale podpořit duševně nemocné se bojím. Proč bych měla podporovat někoho kdo mě nebo mým blízkým může ublížit? Těmito myšlenkami se mohou lidé zabívat, a právě proto přispějí raději na jiný účel. Dalším projevem stigmatu může být omezené množství bytů pro takto nemocné. Problém se projevuje i v oblasti pracovní. V dnešní době vysoké nezaměstnanosti je problematické sehnat pracovní místo i pro zdravého člověka. Nemocný pak má mnohem těžší pozici při ucházení se o práci. Zaměstnavatel raději přijme výkonného zdravého občana, který bude své úkoly plnit efektivně a co nejspolehlivěji oproti duševně nemocnému, ke kterému má předsudky. (Češková, 2005)

Veřejnost má stereotypní falešné představy o lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Jsou to obrázky, které si lidé vyvodili z osobní zkušenosti – pracovali s kolegou, který byl v akutní fázi, nebo se tyto domněnky předávají. Ačkoli většina veřejnosti je informovaná o nemoci, přetrvávají i takovéto představy:

- lidé, kteří trpí schizofrenií se nechtějí vyléčit; kdyby měli dostatek vůle, povede se jim to
- jsou líní, nechtějí pracovat, započaté úkoly nedodělávají schválně
- nemůžeme se na ně spolehnout
- jsou nebezpeční pro společnost
- schizofrenie je důsledkem špatné výchovy
- měli by být zbaveni svéprávnosti, nedokáží racionálně uvažovat
- naschvál si vymýšlí
- mají nepředvídatelné chování
- nejsou schopni vykonávat zaměstnání¹

1.7.1. Destigmatizace

Jelikož stigma velmi nepříznivě ovlivňuje léčbu nemocného, je důležité podniknout co nejefektivnější opatření, kterým proti němu budeme bojovat. Je hluboce zakořeněno v povědomí veřejnosti, a právě s veřejností je nutno pracovat. Vytvářejí se různé osvětové a informativní programy, které jsou nápomocné pro změnu postoje zdravých lidí. Vzdělávací programy jsou zaměřené také na odborný personál: zdravotní sestry, sociální pracovníce, ale i učitele. Učitelé mohou šířit načerpané informace ve svých hodinách mezi žáky. Pořádají se různé kampaně zaměřené proti diskriminaci. Známý a oblíbený je festival *Mezi ploty*, který se každoročně pořádá v psychiatrickém centru Praha – Bohnice, a na kterém se veřejnost setkává s duševně nemocnými lidmi. Lidé se často komunikace s nemocnými obávají, mají strach, že jinak přemýšlí, a proto si nebudou navzájem rozumět. Zde se mohou bořit bariéry v komunikaci mezi obyvateli léčebny a lidmi, „co přišli z venku“. Spojuje je společné téma hudby a divadla, a tak ani o témata komunikace nemusí být nouze. Krokem vpřed je také informovanost a intervence rodiny do léčebného procesu pacienta. Velmi významný vliv při pohledu na schizofrenii mají média. Pokud se v televizi či rozhlasu vyskytují pouze zprávy o násilných činech, které byly spáchány, bude nemoc i nadále stigmatizována. Pokud ale budou média prezentovat i druhou stranu mince a informovat o tom, co se těmito lidem v životě povedlo a jak jsou pro naši společnost přínosní, změní se i náhled veřejnosti.

¹ http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/2_7_sniz_stigmatu.html

2. REHABILITACE

2.1. Definice rehabilitace

K pochopení rehabilitačního procesu a jeho jednotlivých složek se pokusím definovat samotný pojem rehabilitace. Na rehabilitaci je možno nazírat z různých hledisek, podle toho, jakou oblast nemocných chceme rehabilitovat. Je rozdíl, zda se jedná o psychiatrickou rehabilitaci či léčebnou. Jednotlivé oblasti pak rozeberu v následujících kapitolách.

„Výraz rehabilitace je odvozen od latinského slova „habilis“ - k něčemu způsobilý, zručný, vhodný a předpony „re“, která značí znovu, opakování, návrat“. (Votava, 1997, s. 5)

V minulosti byl navrhován český překlad návratná péče či nápravné lékařství. S těmito termíny se můžeme setkat už jen ve starší literatuře, jelikož se u nás neujaly. Pokud se na překlad podíváme blíže, zjistíme, že je nepřesný. K rehabilitaci řadíme sociální a pracovní složku, která se k termínu nápravné lékařství nehodí. (Votava, 1997) Pojem rehabilitace je známý široké veřejnosti a pokud by se v dnešní době pokusil někdo o český překlad, zůstal by dle mého názoru taktéž nevyužitý. Rehabilitovat znamená tedy navracet člověku jeho způsobilost k úkonům, které mohl provádět před tím, než onemocněl. Rehabilitace by měla být nedílnou součástí léčby nejen somatické, ale i psychiatrické. Nelze ji však považovat jako náhradu za léčbu, ta je v první řadě, na ní potom následně navazuje rehabilitace jako doplněk. Formou rehabilitace pouze podporujeme funkce, nesnažíme se o léčbu, kterou má na starosti lékař. Její primární funkcí je pomáhat lidem spokojeně žít. Měli bychom ji směřovat k uspokojení potřeb klienta. Každý má jiné požadavky podle svého postižení z hlediska tělesného fungování, psychické a sociální funkce. Pokud je prováděná kvalitně a jedinec se na ní podílí z vlastní vůle, svůj účel splňuje. Není důležité, zda člověku navrátí zpět všechny jeho schopnosti, které měl před onemocněním, ale zda mu pomůže vést spokojený, plnohodnotný život. Rehabilitace pomáhá vést k uzdravě, a pokud se propojí s léčbou, je velmi efektivní. Rehabilitační programy jsou zaměřeny na různé typy klientů a podle požadavků skupin existuje řada metodických přístupů. Zde uvádím pro příklad jednotlivé typy uživatelů: lidé se somatickými potížemi, drogově či alkoholově závislí, lidé bez domova, lidé s kriminální

minulostí, chroničtí pacienti nebo klienti s mentálním postižením či duševním onemocněním. (Votava, 1997)

Pokud se zaměříme přímo na psychiatrickou péči, můžeme samotnou rehabilitaci více specifikovat. „*Psychiatrická rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobými psychiatrickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“ (Antony, Cohen 1983, in Matra III 2005, s. 4) Zde je důležité se zaměřit na rozvoj sociálních dovedností, aby klienti mohli udržovat či získávat sociální kontakty a necítili se v blízkosti druhých osob znevýhodnění. Podporujeme studium či pracovní zaměření klienta. Pokud se nevrátí do předchozího zaměstnání, existují různé pracovní rehabilitační programy, vedené např. o.s. Green Doors. Práce je významnou součástí lidského života. Když se zaměřím na časový harmonogram běžného všedního dne, zjistím, že pracovní složka naplňuje tento den více než z poloviny. Proto je nutné se zajímat také o tuto oblast. Klademe důraz na zlepšení kvality klientova života a jeho zpětné začlenění do společnosti, ve které byl před onemocněním. Razíme cestu co nejmenší závislosti na profesionální pomoci, protože osamostatnění přinese daleko více užitku, než kdybychom klienta při jeho cestě životem stále doprovázeli. Stejná situace nastává při stanovování cílů rehabilitace. Netlačíme klienta do cílů, o kterých si myslíme, že jsou pro něj nejlepší, ale necháme ho se svobodně rozhodnout. Tím podporujeme jeho samostatnost. Pokud se objevuje bezradnost, můžeme nastínit směry, kterými se může vydat. (Matra III, 2005)

Pro upřesnění uvádím tři pojmy, které se objevují v rehabilitaci a jsou často významově zaměňovány.

- **Impairment** neboli poškození – znamená jakoukoli ztrátu nebo abnormalitu psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce. Poškození jsou symptomy nemoci a kognitivní deficity, které odrážejí strukturální a funkční patologie mozku (Kopelovitz, Liberman in Matra III, 2005, s. 6). Jako příklad můžeme uvést příznak nebo symptom nemoci: halucinace, bludné myšlení.
- **Disability** neboli postižení – znamená funkční ztrátu, která vyplývá z poškození. Narušuje schopnost člověka vykonávat očekávané sociální úlohy a plnit role, například neschopnost navázat a udržet s někým vztah. (Matra III, 2005, s. 6)

- **Handicap** – vyplývá z postižení, zahrnuje sociální odpověď na postižení, sociální diskriminace posiluje neschopnost získat a udržet si práci (Flexer, Solmon in Matra III, 2005, s. 6)

Když se na tyto pojmy zaměříme, můžeme pozorovat, že se na poškození specifikuje lékařská péče. Bludy a halucinace nejlépe odstraní farmakologická léčba, zatímco otázku postižení řeší psychiatrická rehabilitace. Zda má člověk nějaký handicap sděluje okolí. Veřejnost má ve svých rukách, jestli jedince označí jako handicapovaného a vyloučí ho, nebo ne. I na tomto bodě se však podílí rehabilitace, která zasahuje do prostředí, ve kterém se nemocní vyskytují v jejich prospěch. Tyto tři pojmy nám ukazují, jak je důležité, aby se jednotlivé složky: lékařská léčba, rehabilitace a mínění veřejnosti, doplňovaly a tím pomohly nemocnému k možnosti vést plnohodnotný život bez diskriminace a omezení. „*Poskytování rehabilitace musí být včasné, plynulé a koordinované úsilí o zamezení vzniku zdravotního postižení, popřípadě jeho minimalizace. V případě již vzniklých následků zdravotního postižení je cílem rehabilitace co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením, poškozených úrazem nebo nemocí nebo vrozenou vadou, do všech obvyklých společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění.*“ (MPSV in Matra III, 2005, s. 2)

2.2. Historie rehabilitace

Historie rehabilitace nemá tak hluboké kořeny, jak bychom se mohli domnívat. Její počátky sahají do období po první světové válce. V této době nastal masový návrat mladých invalidů postižených válkou do svých domovů. Jednalo se o lidi převážně se somatickým poškozením, kteří se díky svému postižení nemohli navrátit k řemeslu, které dříve vykonávali. Nejednalo se jen o navrácení se do pracovního procesu, ale také o sebeobsluhu či nemožnost plného naplnění sociální role. Možné řešení situace nabídl roku 1913 Rudolf Jedlička založením Ústavu pro zmrzačené, ve kterém se mohli přeškolovat váleční veteráni na povolání, které by mohli vykonávat i vzhledem ke svému postižení. Byly zde také vyráběny protetické pomůcky, specializované převážně na amputace. Po druhé světové válce počet práce neschopných vzrostl. Hlavní myšlenkou se stává znovuoobnovení funkce a zpětné zařazení do pracovního procesu. 16. listopadu 1987 vzniká klinika rehabilitačního lékařství

jako první svého druhu v České republice. Na rok 1993 pak datujeme vznik Rehabilitačních center, která se svojí rozmanitostí jednotlivých složek stávají interdisciplinárními. Kooperují tu spolu pracovníci zastoupení v různých odvětvích: lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci, logopedi, protetici. (Votava, 1997)

Zatím jsme hovořili o rehabilitaci obecně, převážně té somatické, která se rozvinula dříve než psychiatrická, a to hlavně proto, že somatická postižení jsou na první pohled zjevnější a zdají se být napravitelnější než psychotická. Nepatrné zmínky o rehabilitaci duše můžeme nalézt již ve středověku, kde se nemocní mohli setkat s léčbou hudbou, prací či příjemnou atmosférou. Jako první, nám známý, se psychiatrickou rehabilitací začíná zabývat holandský lékař Querido, a to ve 30. letech 20. století, který provozoval mobilní psychiatrický tým v Amsterdamu. Můžeme ho tedy považovat za průkopníka v této oblasti. Obecně se však počátky psychiatrické rehabilitace zařazují do 50. let 20. století. V tomto období vznikají tzv. *klubová centra*, mezi nejznámější patří například *Fountain House*. Tato centra zakládali lidé, kteří měli zkušenost s psychiatrickou léčbou a jejich základní tezí byla vzájemná pomoc a víra ve vlastní schopnosti. Na Querida pak navazuje částečně Bennett, který byl představitelem komunitní psychiatrie a též Caplan, jenž se zabýval sociálními vědami. Bennett poukazuje na fakt, že klienti potřebují pomoci hlavně v oblasti ekonomické a sociální. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

V historii také nalezneme otázky, čemu psychiatrická rehabilitace slouží. Pokud se budeme zabývat účelem rehabilitace, nacházíme mírný rozchod mezi Bennettem a Anthonym. „*Proces rehabilitace pomáhá lidem s duševním postižením vytěžit co nejvíce ze schopností, které jim zůstaly, pro to, aby takový člověk mohl dosáhnout optimální úrovně existence v co nejnormálnějším prostředí.*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 174) Takto hovoří Bennett, který zastává názor zachování schopností. Naopak proti němu se vyjadřuje Anthony, jenž zdůrazňuje spíše znovunabytí ztracených schopností. „*Předmětem psychiatrické rehabilitace je zlepšit schopnost lidí s vážnou psychiatrickou nedostatečností tak, aby mohli žít, učit se a pracovat s úspěchem a uspokojením v prostředí podle svého výběru, při co nejmenší profesionální intervenci.*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 175)

Postupem času se rehabilitace systematizovala a zaměřovala na jednotlivé oblasti jako například zvládání běžných situací, nácvik dovedností a samozřejmě podpora soběstačnosti ve

všech ohledech. Také se k rehabilitaci časem zakomponovalo užívání léků, jelikož výzkumy vedly k pozitivním výsledkům při současné rehabilitační a farmakologické léčbě. (Matra III, 2005) V současné době má o psychiatrické rehabilitaci povědomí stále více laické veřejnosti a s tímto vědomím se pak otevírá prostor pro vznik nových organizací zabývajících se rehabilitací. A protože tyto organizace potřebují povětšinou dotace, aby mohly fungovat, je vědomí veřejnosti důležitým faktorem.

Dnes můžeme rozlišovat tři hlavní směry rehabilitace, zvané dle místa vzniku. Vyvozujeme z nich, jaké jsou možné přístupy v rehabilitaci, které chceme použít a také jimi posilujeme rozvoj dovedností a schopností klientů psychiatricky nemocných. Nejvíce se v praxi využívá kombinace všech tří směrů.

1. **Bostonský směr**, který je reprezentován W.Anthonym. Zde se stává jedinec především žákem a středem zájmu se stává jeho individuální rozvoj. Tento model pomáhá nemocným lidem zlepšovat jejich schopnosti a dovednosti. Motivaci můžeme označit za ústřední bod, stává se velmi podstatnou pro úspěch celého procesu. „*Důraz je kladen na klienta především jako na individuum. Klient se stává žákem a sám si určuje, jakým směrem se bude rehabilitace ubírat. Terapeut pomáhá klientovi formulovat cíle jasně a zřetelně, určuje podmínky za kterých je možno dosáhnout úspěšné rehabilitace a pracovat s co nejmenší mírou profesionální pomoci. Rehabilitující musí věřit v to, že může své dovednosti a schopnosti zlepšit a tím posunout hranice svých možností a přestat být osobou s disabilitou.*“ (Antony, Cohen, Farkas, 1990, s. 115) Anthony pak ještě poukazuje, že klient se může zlepšit i pokud není nemoc vyléčitelná, jelikož jde hlavně o zotavení psychické stránky člověka, která je ovlivnitelná jím samým. Klíčovým se pak stává znovuzískání odvahy a důvěry v sebe samého. K dosažení pozitivních výsledků vede trénink sociálních dovedností, který pomáhá směřovat klienta k nezávislosti a soběstačnosti. (Antony, Cohen, Farkas, 1990)
2. **Směr v Los Angeles**, kde hlavním reprezentantem je R.P.Liberman, považuje klienta za asertivního a zabývá se podrobným rozpracováním tréninku dovedností. Zaměřuje se hlavně na prevenci a také na zlepšení klientova stavu. Záleží pak už na dovednostech a schopnostech každého klienta učit se postupům a procvičovat ty, které dříve zvládal. Dnes používáme preventivní metodu takzvané *Libermanovi moduly*. Liberman, Wallace a jejich

kolegové vytvořili moduly, které učí komunitu životním dovednostem pomocí důkladně specifikovaného plánu a vysoce strukturované metodologie. (Kopelowicz, Liberman, Wallace, 2003)

Takto bylo vytvořeno osm modulů:

- *modul na zvládání užívání léků*
- *modul na zvládání symptomů*
- *modul integrace do komunity*
- *modul rekreace a volný čas*
- *modul komunikačních dovedností*
- *modul prevence užívání návykových látek*
- *modul přátelství a intimních vztahů*
- *modul dovedností pro pracovní umístění.*“

(Kopelowicz, Liberman, Wallace, 2003, s. 286)

V těchto modulech jsou prakticky zahrnuty všechny důležité oblasti pro směřování života.

3. **Britský směr** má představitele dva, a to G. Shepherd a D. Bennetta. Zde upřednostňují pečlivý systém péče a úpravu prostředí, ve kterém klient žije. Pokud klientovi okolí přizpůsobíme anebo vybereme to, které mu bude vyhovovat, lze očekávat jeho snadnější začlenění do společnosti. Prostor, ve kterém se klient pohybuje ovlivňuje jeho motivaci. Ti, kteří se pohybují v příjemném prostředí jsou v léčbě úspěšnější než ti, kteří žijí v prostředí hostilním. Britský směr řeší také otázku zapojení rodiny při posílení motivace pro pokračování rehabilitace, která dopomáhá klientovi v motivaci pro další pokračování rehabilitace. Klient by měl v rodině naléznout oporu a pomoc. Vzájemná spolupráce rodiny a organizace se pak stává základním kamenem pro další úspěšné pokračování rehabilitace. (Matra III, 2005)

V České republice dochází k rozvoji psychosociální rehabilitace znatelně pomaleji. Tento zpomalený vývoj je markantní hlavně při pohledu na počet organizací zabývajících se péčí o duševní zdraví u nás a ve světě během uplynulých let. Dlouho se u nás uznávala pouze léčba farmakologickými prostředky a rehabilitaci nebyl vyhrazen žádný prostor, jelikož nebyla považována za důležitou. Zlomovým bodem se stává rok 1889, kdy začínají vznikat

organizace zabývající se touto problematikou. Nejprve fungují formou společenství, která vytvářejí přátelské prostředí. Postupem času přecházejí k moderním principům psychiatrické rehabilitace, které jsou určovány světovým trendem. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Přestože již bylo prokázáno, že je současná rehabilitace velmi přínosná z hlediska odstraňování nebo zmírňování potíží, samotné funkční poruchy, které vyplývají z nemoci, odstranit nedokáže. Proto je také důležité posilovat sebevědomí člověka, aby se dokázal s tímto onemocněním vypořádat a byl schopen vést plnohodnotný život i s těmito překážkami.

2.3. Formy rehabilitace

Rehabilitaci můžeme dělit do několika oddílů, a to dle toho, jak na ni chceme nazírat. Každá skupina je něčím specifická. Tážeme-li se, zda ji dělíme ji podle toho, komu ji poskytujeme, správnou odpověď nalezneme, pokud se zamyslíme nad tím, zda ji poskytujeme fyzicky či psychicky nemocnému jedinci. V této práci se ale chci zaměřit na duševně nemocné. Je rozdíl mezi rehabilitací jedince a skupiny, ke každému případu budeme přistupovat jiným způsobem. Dále dělíme rehabilitaci dle způsobu poskytování. Je velmi individuální, jaký druh rehabilitace jedinci bude vyhovovat. Proto bylo vytvořeno více druhů terapie, aby se stala co nejúčinnějším prostředkem úplně pro každého jedince, jenž tyto služby potřebuje. Dělíme je tedy na: dramaterapii, muzikoterapii, taneční a pohybovou terapii, skupinovou kognitivní terapii, rehabilitaci v terapeutických komunitách a psychoterapeutický program. Toto vše je prováděno na úrovni skupiny. Na úrovni jedince se potom používají tyto druhy terapie: kognitivně-behaviorální terapie, arteterapie, kognitivní rehabilitace, trénink sociálních dovedností, case management a pracovní rehabilitace. (Wegheel in Pěč a Probstová, 2009) Terapie je tedy zaměřena skoro na všechny smysly, které člověk má.

Dělit ji lze ale také úplně na obecně na:

1. **fyzikální léčbu** – zahrnuje vodoléčbu či masáže, což má pozitivní vliv na uvolnění
2. **léčbu sportem a pohybem** – nazýváme ji kinezioterapií, která dokáže uvolňovat tenze; patří sem taktéž dechová cvičení, tanec a další druhy pohybu

3. **rehabilitace pracovní a činnostní** – zde hovoříme o terapii v dílnách, ale také nácviku pracovních činností, které je možné uplatnit v dalším pracovním životě
4. **rehabilitace umělecko-kreativní** – řadíme sem muzikoterapii či arteterapii, které slouží k vyjádření pocitů a mohou ovlivňovat emoce
5. **terapie zábavná a rekreační** – je prováděna formou navštěvování muzeí, divadel či projekcí filmů, také sem spadají společné výlety do přírody či rekreační pobyty. (Bouček, 2004)

Jiné dělení rehabilitace uvádí Votava (1997), který na ní nazírá spíše z pohledu lékařského. Zastává názor rehabilitace vertikální, horizontální a ucelené. Přičemž vertikální nahlíží na poruchu s perspektivou úplného uzdravení, tedy že se pacient navrátí zpět do stavu, ve kterém byl před vypuknutím nemoci. Horizontální rehabilitace má zájem na zlepšení kvality života. Zde se počítá s tím, že jedinec nese následky trvalého postižení, tedy je ve stádiu chronicity. Proto je prioritou usilovat o integraci do společnosti a navodit plnohodnotný život. Velmi důležité je odstraňování subjektivních potíží klienta. Součástí se pak stává také prevence druhotných komplikací. Ucelená rehabilitace, jejíž pojem byl přeložen z anglického slova „comprehensive“, se zaměřuje na všechny aspekty života (na partnerský život, sociální, finanční a pracovní situaci, a dále také na vzdělávání a bydlení). Je zde tedy zahrnuto vše, aby byl klient schopen navrátit se zpět do života se všemi předpoklady, které vedou ke spokojenému plnohodnotnému žití. (Votava, 1997) Taktéž Votava (2003) dělí rehabilitaci v méně obecnější rovině, a to na čtyři základní složky: rehabilitace léčebná, rehabilitace sociální, rehabilitace pracovní, rehabilitace pedagogická. Co je jejich cílem, vyplývá z názvu. Terapeut se pak zaměřuje na jednotlivé složky rehabilitace podle toho, v jakém životním období se klient zrovna nachází a kterou oblast potřebuje rehabilitovat.

Když na dělení rehabilitace nahlédnu ze svého pohledu, musím uznat, že všechny se mi jeví jako správné. Nacházím zde nepatrné rozdíly mezi jednotlivými autory. To je dáno především tím, že každý na rehabilitaci nazírá ze své kvalifikace a s jinými preferencemi. Votava přemýšlí o nemocném v obecnější rovině, nezaměřuje se primárně na duševně nemocné, ale na člověka, který ztratil nějakou schopnost a potřebuje ji nabýt zpět, aby byl schopen fungovat ve všech oblastech života. Bouček naopak neopomíná žádné okruhy možné rehabilitace a řadí sem i rekreaci a zábavu. Sice hovoří o rehabilitaci na obecné rovině, ale už se zaměřuje přímo na duševně choré a vyhledává oblasti, které působí pozitivně na tento

okruh pacientů. Zajímavé je i pohlédnout na dělení rehabilitace ve studijním textu Matra III (2005), která dělí rehabilitaci dle místa vzniku a preferovaných rehabilitačních postupů, tedy jakým způsobem se zaměřuje na klienta. V další kapitole se podrobněji zaměřím na jednotlivé směry užívání rehabilitace pro psychicky nemocné.

2.4. Pracovní rehabilitace

Jako základní otázka vyvstává, co je to zaměstnání. Pokud máme hovořit o pracovní rehabilitaci, je výhodné si tuto otázku zodpovědět. „*Cílem zaměstnání je obecně vytvořit společensky použitelné výrobky a služby. V zaměstnání vědomě používáme vlastní dovednosti, s ohledem na individualitu jednotlivce. Nejdůležitějším motivem je lidská existence.*“ (van Weeghel, Zeelen, 1990, Michno, Weeghel, 1999 in Matra III, 2004, s. 55) Pro lidskou existenci je nutné vytvářet nějaké činnosti. Pokud člověk nemá možnost cokoli vytvářet, nežije plnohodnotný život. Zaměstnání vyplňuje ve společnosti většinu našeho času. Lidé, kteří, jsou o možnost pracovat ochuzeni, potřebují jiné, alternativní možnosti vyplnění tohoto času. Práce se nám stala společenským statutem, kterým se prokazujeme třeba i při běžné konverzaci s přáteli. Je běžné zajímat se o druhého: jaké zaměstnání vykonává, čím se zabývá většinu svého času. Zaměstnání nám též přináší aktivizaci a nové sociální kontakty. Pracovní kolegové, kteří vykonávají stejnou činnost, k nám mají blíže, než lidé s odlišným pracovním zaměřením, a velmi často se překlene vztah pracovní v osobní, přátelský. Všechny tyto body nám dávají důvod pracovat. Zaměstnání je důležité pro náš život, proto i pracovní rehabilitace zaujala vysoké postavení ve znovunavrácení se do životní dráhy.

Pracovní rehabilitace směřuje k rozvoji pracovních dovedností a k úzdравě klienta. Předností je individuální zaměření, které poskytuje více pozornosti jednotlivci a jeho možnému rozvoji či návratu ztracených dovedností. Tento typ rehabilitace je vhodný zejména pro klienty, kteří pracovat chtějí. Organizace, které dávají možnost pracovní rehabilitace, se zaměřují na určité skupiny klientů. Především na ty, kteří mají psychiatrické problémy, chtějí pracovat, ale nejsou schopni být zaměstnání běžným způsobem. Jsou tu také lidé, kteří sice pracují, ale provází je řada problémů spojených s jejich nemocí. Jsou jimi například nedochvilnost či nepříjemné psychické stavy, které ovlivňují i vnější chování. Své pracovní úkony nemusejí zvládat na stejné úrovni jako před nemocí. Pro ně je vhodné započít

rehabilitaci, mají také možnost, přeorientovat se na jiný druh práce, která bude s jejich onemocněním lépe slučitelná.

Základním problémem se tedy stává, najít si vhodné zaměstnání, získat ho a udržet si ho. Do cesty je klientům kladeno mnoho překážek, které jim možnost být pracovně činný znemožňují. Spadá sem pracovní politika, která je zaměřená na výkonnost, a dává tedy přednost zdravým jedincům. Psychicky nemocní lidé jsou znevýhodnění tím, že ne každá práce je pro ně vhodná. Základem je, aby nebyl vyvíjen přílišný nátlak na výkonnost jedince. Ve většině případů upřednostňuje zaměstnavatel, který chce přijmout nemocného klienta, spíše tělesně handicapované, ze kterých nemá obavy. V případě psychicky nemocných, existují v povědomí veřejnosti nadále předsudky, a klienti jsou stigmatizováni. Vysoká nezaměstnanost dnešní doby nepřispívá k možnosti stát se pracovně činným. Nahlédneme-li do překážek vnitřních, setkáváme se například s nedostatečnou kvalifikací, nedostatečným sociálním fungováním či negativním sebepojetím. Duševní onemocnění může být samo o sobě překážkou. Hlavně příznaky s ním spojené, jako například bizarní chování, negativní symptomy. (Pěč a Probstová, 2005)

Model *step by step*, takzvaný krokový systém, popsal Liberman (1988). Koncept byl založen na jednotlivých krocích, kdy se v pracovní rehabilitaci postupovalo jako po schodech. Začínalo se od prvního bodu a po jeho absolvování se pokračovalo dalším krokem.

Rehabilitační kroky:

1. *Vyhodnocení pracovních schopností*
2. *Příprava na práci (včetně job clubu)*
3. *Trénink sociálních (pracovních) dovedností*
4. *Chráněná dílna, sociální firma*
5. *Přechodné zaměstnávání*
6. *Nalezení zaměstnání*
7. *Podpora v zaměstnání*

(Libermann, 1988 in Pěč a Probstová a kol., 2009, s. 119)

Tento postup byl kritizován pro jeho malou individualitu. Přesto se mi zdá dobře zpracovaný. Učí klienta postupovat od jednoduchých částí k těm složitějším, což posiluje jeho

sebedůvěru. Pokud klient nalezne oporu v tom, že zvládl předchozí krok, dodává mu to sílu na další postup. Vidí za sebou již odvedenou práci a může říci sám sobě: „*Ano, toto jsem již dokázal.*“ Chceme-li se zaměřit na individualitu, a přesto dodržet Libermanův koncept, nachází se zde možnost přeskakovat jednotlivé body a posunout se k dalším. Vše ale záleží na tom, jak situaci klient zvládá a jestli je opravdu připravený na další krok.

Vyhodnocení pracovních schopností

Prvním krokem tedy je vyhodnocení pracovních schopností. Hodnotíme je, abychom zjistili potřebný základ pro pracovní rehabilitaci, co vše je klient schopen vykonávat, jaké má kompetence. Zjišťujeme schopnosti, silné stránky i dysfunkce. Vše co se o klientovi dozvíme, nám poté pomáhá v průběhu samotné rehabilitace. Abychom mohli vytvořit program přímo koncipovaný na míru klientovi, je pro nás nezbytně nutné znát jeho individuální potřeby. Důležitá je klientova motivace, která je pro proces potřebná. Stanovíme pracovní anamnézu a zaměříme se na potenciál pro změnu. Pro vyhodnocování schopností bylo vytvořeno několik modelů, které jsou přesně definované, většinou v podobě dotazníků či testů. Nástrojem pro hodnocení může být také pozorování. Pozorovatel sleduje situační chování a jednání a hodnotí je. Je zde však riziko neobjektivnosti pozorovatele a to je spojené se znehodnocením výsledku, ke kterému se došlo. (Matra III, 2005)

Příprava na zaměstnání

Aby si jedinec byl schopen nalézt práci, potřebuje k tomu určité schopnosti. Práce na počítači, umět si podat inzerát, napsat životopis či zvládnout absolvovat pracovní pohovor, toto vše je výhodné zvládat pro úspěšné nalezení zaměstnání a vstup do něj. Pokud klienti cítí v některých oblastech nedostatky, je jim nabízena pomoc v rámci Job klubu, jenž vytváří podpůrný edukativní program. V něm pak pomáhá klientům překlenout strach z nedostatku dovedností a učí je, jak hledat zaměstnání a jak se orientovat na trhu práce. Informuje jedince o jejich právech, pomáhá jim se zdokonalovat v komunikačních dovednostech, které jsou uplatnitelné při pracovním pohovoru. Job klub je velmi přínosným programem cíleným na získání dovedností, které napomáhají hledání pracovního místa na otevřeném trhu práce. Je velmi zajímavé absolvovat trénink sociálních či pracovních dovedností, který je přínosem pro správné návyky a dovednosti uplatnitelné v zaměstnání. Liberman to považuje za důležité

v jeho rehabilitačním modelu *step by step*. (Matra III, 2005) Další jeho kroky bych představila jako jednotlivé programy.

2.4.1. Pracovně rehabilitační programy

Chráněná pracovní dílna

V chráněném a podpůrném prostředí je realizována pracovní činnost klientů, kteří nejsou připraveni či schopni nastoupit na jinou pracovní pozici. Poskytována může být v rámci psychiatrické léčebny, ale i denními centry, tedy v nemocničním i mimonemocničním prostředí. Hlavním cílem je rozvoj, obnovení či udržení stávajících pracovních schopností. Snahou se tedy stává aktivizace klientů v průběhu celé terapie. Přestože zde není vytvářena široká škála dovedností a činností můžeme označit často za nedůležité, naplňuje to zásadní cíl, a to klientovu sebedůvěru. Ten má možnost, uvědomit si svoji potřebnost pro společnost. Pracovní místo v chráněné dílně má klienta připravit pro budoucí pracovní pozici, ať už na méně chráněném místě či otevřeném pracovním trhu, tedy nechráněném prostředí. Mnohdy je chráněná dílna součástí institucí, jež nabízejí další pracovní programy. Služby jsou protkány a díky tomu může klient přestoupit z dílny na další pozici, a to vše v rámci jedné instituce. (Pěč a Probstová, 2009)

Přechodné zaměstnávání

Je provozováno v rámci modelu *clubhouse* anebo na běžných pracovních místech, která jsou označena za méně namáhavá a nevyžadují přílišnou kvalifikaci, znalost, zručnost. Jak už je uvedeno v názvu, přechodné znamená po určitou dobu, a to převážně kolem šesti měsíců. Poskytováno je zpravidla na zkrácený pracovní úvazek. Velkou motivací za odvedenou práci je finanční odměna. Pracovní náplň se pohybuje v jednoduchých činnostech, jedná se povětšinou o administrativu či úklidové práce. Klient má po celou dobu k dispozici svého asistenta, který ho v pracovní oblasti zaučí a je mu po dobu spolupráce podporou. Cílem této služby je dopomoci znovunabytí schopnosti pracovat a posílení sebedůvěry. Program *clubhouse* klade důraz na práci v komunitě, podstatné je členství. Zahrnuje širokou škálu aktivit. (Pěč a Probstová, 2009)

Podporované zaměstnání

Jedná se o běžný typ zaměstnání na otevřeném trhu práce v neupravených podmínkách. Klient si vybírá druh práce dle svých preferencí a dovedností. Při volbě zaměstnání je mu poskytována intenzivní podpora ze strany konzultanta či asistenta. Stejně tak, pokud se jedná o získávání a udržení práce. Podpora, ze strany asistenta je časově neomezená, stále je však důležitá aktivní účast klienta a rodiny. (Matra III, 2005)

Základní principy podporovaného zaměstnávání dle Bonda (1998) jsou tyto:

- a) cílem je běžný trh práce*
- b) rychlé nalezení místa*
- c) integrace služeb pracovní rehabilitace s ostatními službami duševního zdraví, včetně zdravotnických*
- d) pozornost preferencím uživatelů*
- e) kontinuální a komplexní vyhodnocování*
- f) časově neomezená podpora (Bond in Matra III, 2005, s. 62)*

Jako příklad jednotlivých pracovně rehabilitačních programů uvádím o.s.Green Doors, kde jsem trávila svoji praxi. Zabývá se tréninkem pracovních dovedností v tréninkových kavárnách. Organizace podporuje návaznost na přechodné zaměstnávání, a to ve spřátelených kavárnách. Organizace provozuje i takzvaná chráněná místa, kde jsou na klienta kladeny daleko menší požadavky. Po ukončení služby je klientům nabízena možnost doprovázení po určitou dobu v dalším zaměstnání. Samozřejmostí je individuální přístup.

2.5. Trénink sociálních dovedností (TSS)

Člověk je tvor společenský. I z této obecně známé pravdy můžeme vycházet, když hledáme myšlenku, kde se vzal nápad, rehabilitovat sociální dovednosti. Jedinec, který není schopen správně jednat, přichází o sociální interakci, jež je nezbytná pro uspokojování vyšších lidských potřeb. Už malé dítě se učí prostřednictvím vzorů a různých příležitostí komunikovat a jednat takovým způsobem, aby to pro něj bylo sociálně výhodné. Tyto naučené dovednosti jsou ovlivňovány kulturně, prostředím ve kterém se dítě nachází, ale i

pohlavím. V průběhu života mohou být dotvářeny, ale naopak mohou být narušeny z různých důvodů, jedním je i nemoc. (Šlepecký, Zibrínová in Pěč a Probstová, 2009)

Klienti, kteří o dovednost přišli, se nedokáží správně verbálně vyjádřit a obtížně projevují své emoce. Z toho vyplývá neschopnost navázat sociální kontakty. Při rozhovoru mnohdy neví, o čem se jedná, mají problém s uspořádáním věty. Konverzace je pro ně obtížná též z hlediska tématu. Musíme brát v potaz, že jsou často izolovaní od společnosti a běžná témata hovoru jsou pro ně neznámá. „*TSS spočívá na operačním podmiňování, experimentální analýze chování, teorii sociálního učení, sociální psychologii a sociální kognici.*“ (Šlepecký, Zibrínová in Pěč a Probstová, 2009, s. 84). Trénink se opírá o myšlenku, naučit se jednání v konkrétních situacích, stejně, jak to dělají děti. Klienti se učí obsahu, formě, tempu nebo tónu řeči. Jedna věta může mít více významů, proto zaleží na tom, jakým tónem je podaná. Jedinec rozeznává u věty, zda je myšlena ironicky, vtipem nebo jde o pouhé konstatování. Též se nesmí opomenout trénink neverbální komunikace, mimiky, gest, postojů. Jedinec se učí, jak používat oční kontakt, jaká je správná vzdálenost od komunikačního partnera v různých situacích či adekvátní gestikulaci.

Samotný trénink je založen na bodech:

- Instrukce
- Přehrávání situací
- Podpora terapeuta
- Zpětná vazba (Šlepecký, Zibrínová in Pěč a Probstová 2009)

Je realizován v rovině individuální nebo skupinové a probíhá v tréninkové místnosti či přirozeném prostředí, které zvyšuje autentičnost. Služba probíhá formou setkání, při kterých se vytvářejí a přehrávají scénky. Terapeut klienta instruuje, jak by si přehrání dané scénky představoval, a co by do ní měl zakomponovat. Je vhodné, aby témata scének co nejvíce odpovídaly běžnému životu. Po přehrání určité situace terapeut přechází k hodnocení výkonu klientů. Poskytuje zpětnou vazbu, při které je velmi důležité pochválit za správné úkony. Poukazuje také na dovednosti, které je třeba zlepšit. Přípomínky mají být konkrétně k určitým frázím či větám. Pro zpětnou vazbu je výhodné, když se výkon klienta nahrává na kameru. Za pomoci cílených otázek terapeuta má klient možnost, sám si nalézt fráze, které v dané situaci

nebyly pro rozhovor výhodné. Učí se hledat svoje slabé a silné stránky. Těchto poznatků pak využívá pro další spolupráci. Cílem tréninku sociálních dovedností je naučit klienta započít, udržet a ukončit rozhovor, který bude pro něj příjemný. (Šlepecký a Zibrínová in Pěč a Probstová, 2009)

2.6. Expresivní terapie

Expresivní terapie se soustředí na podporu a rozvoj tvořivého potenciálu jedince. Potřeba člověka tvořit pramení už v dávné historii. Dnes jsou nám toho dokladem jeskynní malby, historické sošky či další výrobky, které můžeme spatřit v muzeích. Můžeme říci, že samotná tvorba se stala terapií už dávno v mnoha kulturách, ať už docházelo k tvoření mandal, lapačů snů či divadelní činnosti. Avšak cíleně využívaná terapie pro jedince s psychotickým onemocněním začala být realizována až v polovině 20. století.

Terapie je považována za nonverbální a dělí se na čtyři základní oblasti:

- a) Arteterapie
- b) Dramaterapie
- c) Muzikoterapie
- d) Taneční a pohybová terapie (Albrich in Pěč a Probstová 2009)

Je především určena lidem, kteří mají problém vyjádřit se verbálně, mluví nesrozumitelně a svůj projev prokládají mnoha emocemi. Nejsou schopni verbálně reflektovat minulou situaci, a dochází k nepochopení. Terapií se klientovi otevírá pomocná cesta, jak se nejlépe sebevyjádřit, která následně pomáhá vést k hlubšímu sebepoznání a vnitřní harmonii. Skrze tvorbu nabývají klientovy myšlenky a pocity tvar a samotným procesem tvoření se mohou měnit, přetvářet. Terapie podporuje a podněcuje klienta, aby nabyl jistoty v oblastech, které jsou pro něj nejisté. Posiluje jeho svobodu a integritu. Provádíme ji na úrovni individuální a skupinové, obě formy vedou k učení se různým návykům. Při individuální dochází k nácviku samostatné práce. Skupinová terapie vytváří prostor ke konfrontaci s druhými. Učí spolupráci a schopnosti uhájit si svůj prostor na tvorbu, ale zároveň ho umožnit užívat ostatním. Ze strany psychoterapeuta se pak otevírá možnost vnímat klienta přes

jeho tvorbu, ať už se jedná o artefakt nebo výraz a pohyby při dramaterapii. (Albrich in Pěč a Probstová, 2009)

2.6.1. Arteterapie

Jedná se o psychoterapeutickou metodu, zabývající se kreativním potenciálem člověka, který promítá pocity a prožitky do svého artefaktu. Je podstatné, aby se klient oprostil od pocitu, že neumí kreslit, protože mu to může bránit v uvolnění a v tvorbě. Dokonalost vytvořeného díla zde nehraje žádnou roli, cílem arteterapie je usilování o to, aby proces vytváření pozitivně působil na emocionální život člověka a jeho sebepojetí. Tato metoda je vhodná hlavně pro jedince, kteří se obtížně vyjadřují, a tímto způsobem mají možnost promítnout své nitro na papír. Zde mohou vyjádřit své emoce a prožitky, aniž by museli složitě nacházet slova pro pojmenování událostí. Kresba ale nemusí být pouze prostředkem komunikace, dochází při ní také k uvolnění psychického napětí, relaxaci a odpoutání pozornosti od příznaků nemoci. Klient do svého díla promítá dle uložených témat vlastní prožitky a emoce, které jsou často negativní. Terapie se zaměřuje právě na problémy a snaží se, aby pomocí kresby došel jedinec k uvolnění napětí, které v něm téma vyvolává. (Albrich in Pěč a Probstová, 2009)

Arteterapie pracuje na:

- *důvěře*
- *sebeúctě*
- *destigmatizaci*
- *afektivitě*
- *psychotické zkušenosti, například hlasy, halucinace*
- *vztahu mezi vnitřním a vnějším světem*
- *reparaci dětských traumat*
- *zpracování minulosti*
- *vztazích*
- *tělesných schématech* (Albrich in Pěč a Probstová 2009, s. 75)

Spolupráce s klientem začíná, když je přijat do služby. Je mu vysvětleno, jak terapeutická skupina funguje, kdy, kde a jak často se budou scházet. Vlastní služba pak probíhá dle určité osnovy. Nejprve se vybere a připraví materiál, se kterým se bude pracovat, navrhne se téma, na které budou klienti tvořit a vymezí se časový rámec tvorby. Na závěr pak probíhá reflexe díla s terapeutem či skupinou.

Pro tvorbu se používají různé materiály: papír, dřevo, hlína, kámen, plátno, barvy, pastelky...

Co vše se kreslí: figurální kresba, abstraktní kresba, barevné imprese, čmáranice, schémata

Druhy kresby:

- Volná kresba – každý pracuje na svém obrázku
- Konverzační kresba – provádí se ve dvojicích, kdy členové mezi sebou komunikují skrze jeden výkres
- Doplněvaná kresba – jeden papír se posílá po kruhu klientů, každý něco dokreslí
- Společná – na jeden papír kreslí více osob najednou (Kratochvíl, 2005)

Arteterapie může být prováděna na úrovni jednotlivce, ale i ve skupině. Podle toho se pak jedinec učí kooperace s ostatními či samostatné práci na svém výtvoru.

Joanidis (in Kratochvíl, 2005, s. 123) rozdělil arteterapii na:

- *Kreativistickou – klade se důraz na tvořivou aktivitu*
- *Interaktivní – také se klade důraz na tvořivou aktivitu*
- *Činnostní – odpoutává koncentraci na nemoc a podporuje zdravé složky jedince*
- *Sublimační – při ní dochází k ventilaci pudových impulzů do tvorby*
- *Projektivní – do tvorby se promítají city, postoje, motivy*

V psychiatrické rehabilitaci se nejčastěji používá projektivní metoda arteterapie. Klient promítá své problémy do artefaktu. Skupina nebo terapeut se poté snaží o rozkrytí významu symbolů, které jsou v díle vloženy. V kresbě jsou ukryty často vnitřní pocity malujících, ovšem při vyhodnocování lze spatřit, že i hodnotící klient může v obrázku nacházet vlastní vnitřní pocity. Například klientka M. namaluje sebe se svojí rodinou, kdy všichni sedí u stolu a ona opodál připravuje jídlo. Její výklad obrázku je takový, že je tou hlavní kuchařkou, která zajišťuje oběd pro celou rodinu, cítí se tedy důležitá. Naopak klientka K. v díle může spatřovat svůj vlastní pocit ostranosti, kdy rodina je pospolu a ona je osamocená. (Albrich Pěč a Probstová 2009)

2.6.2. Muzikoterapie

V dnešní muzikoterapii je využíváno mnohých poznatků z minulosti. Už v dávné historii byla hudba využívána i k jiným účelům, než k pouhému příjemnému smyslovému vnímání. Zejména se zaměřovala na léčebné, výchovné a náboženské účely. Například různé exorcistické tance či domorodé rituály vedly k uvolňování napětí, což působilo léčebně. Hudba se dá označit za určité analgetikum, které působí pozitivně na tělesný i psychosociální stav. Pro klienta s psychiatrickou diagnózou je nápomocná při snižování stresu, odvádění pozornosti od negativních příznaků a posilování interpersonálních vztahů. Samotný terapeutický proces probíhá tak, že je klient přijat do služby a je mu nabídnuto, aby si vybral hudební nástroj. Povolen je jakýkoli, který mu bude příjemný. Skrze hru na vybraný nástroj se pak dostává do kontaktu se svou fantasií, což mu umožňuje jasnější vyjádření svých pocitů a prožitků, aniž by je musel složitě verbalizovat. Pro úspěšnou práci je podstatné, aby se jedinec nebál otevřít svoje nitro, a to lze pouze tehdy, pokud je navozena vzájemná důvěra mezi terapeutem a klientem. Poté se může započít hra, při níž klient poznává sám sebe, snaží se lépe porozumět své nemoci. Terapeut rozeznává negativní příznaky klientovy psychózy. Velmi efektivní se ukázala technika *zrcadlení*, při které oba hrají na stejný hudební nástroj a terapeut zrcadlí hru klienta. Za pomoci různých technik vyvolává v klientovi emoce, které jsou následně promítnuté do hry a zpět zrcadlené terapeutem. Tato technika se zaměřuje především na podporu klienta a jeho sebeuvědomění. Terapie může být prováděna na úrovni individuální i skupinové. Existují různé tématické okruhy, dle kterých je možno skupinově pracovat, klienti mezi sebou komunikují, reagují na rytmus ostatních. (Zelevá, 2007)

Tato terapie však není vhodná pro každého člověka, proto jsou na trhu nabízeny i další alternativy a úkolem terapeuta je, i mimo jiné, rozpoznat, zda se klient při muzikoterapii cítí příjemně.

2.6.3. Dramaterapie

Další možnou metodou, která pomáhá při rehabilitaci psychicky nemocných osob, je dramaterapie. Stejně tak, jako předchozí terapie, má svoje kořeny zapuštěny v minulosti, avšak ne vždy byla účelně zaměřena jako rehabilitace. Vyskytovala se například ve formě divadelních her, především tragédií, které reflektovaly situaci jedince, společnosti. Také nesmíme opomenout různá šamanská vystoupení.

Moderní dramaterapie se zaměřuje na dosažení psychické a fyzické pohody jedince. „*Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, duševní onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti, zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.*“ (The British Association for Dramatherapists, 1999 in Pěč a Probstová, 2009, s. 179) Prostřednictvím hraní se klient uvolňuje z napětí. Dochází zde k ventilaci emocí, jako je vztek, agrese, smutek. Terapie probíhá ve skupině, za spolupráce psychoterapeuta. Společně si zvolí nějaké téma, které by chtěli přehrát. Témata mohou mít různý charakter, nemusí se tedy nutně jednat o problémové situace. Lze se zaměřit i na posílení zdravé části jedince. Stejně tak styl hry je různorodý, přehrávají se mýty, příběhy nebo se improvizuje. Klient, v tomto případě herec, si osvojuje roli běžného života, ve které má možnost ztvárnit někoho jiného. Také ale může ztvárňovat prostřednictvím herecké postavy sebe samého a bez pocitu studu ukázat svoje niterné pocity. Přichází do styku s ostatními klienty, a dochází k interakci. Nemusí však cítit ohrožen ze svého odhalení při hereckém projevu, neboť je skupina tvořena lidmi, kteří mají stejné či podobné problémy. Má také možnost se vyjádřit, bez pocitu, že odhaluje své nitro, protože je to přeci jenom hra a nikdo neví, zda to, co hraje, je mu vlastní nebo jen přetvářka. Úkolem psychoterapeuta se stává korigovat hru, pomáhat klientům v odvaze k vyjádření pocitů. Po ukončení hry může následovat verbální reflexe. Důležité je, jasně oddělit hru od reality, například za pomoci opony, jeviště. Pocit ze strany klientů, že se jednalo o hru, umocňuje uklonění po představení či potlesk přihlížejících klientů. (Dočkal in Pěč a Probstová 2009)

Cíle dramaterapie:

- *rozšíření repertoáru rolí pro život*
- *uchopení vlastních emocí*
- *rozvoj komunikace*
- *zvyšování sociální interakce*
- *schopnost řešit situaci*
- *posílení sebedůvěry*
- *schopnost spontaneity*
- *schopnost uvolnit se* (Dočkal in Pěč a Probstová, 2009, s. 180)

Na tyto cíle je tedy kladen důraz, přesto však dle mne není nutné, aby se všechny předsevzaté cíle vyplnily. Splnění alespoň některých značí úspěch pro terapeuta i klienta, a následně usnadňuje klientův život. Některé cíle pak samy vyplývají z terapeutické skupiny. Pokud jsou jedinci ostatní členové sympatičtí, daleko lépe s nimi naváže kontakt a bude komunikovat. Též mu bude dělat menší problém uvolnit se a spontánně vyjádřit svoje pocity bez studu. Myslím si, že jedním z úkolů terapeuta je, sestavit skupinu klientů tak, aby si vzájemně co nejvíce vyhovovali.

2.6.4. Taneční a pohybová terapie

Čížková (2005, s. 33) je toho názoru, že tanečně-pohybová terapie je: „*psychoterapeutické využití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické interakce jedince.*“ Pomáhá pacientům, aby rozuměli sami sobě, dokázali nalézt vztah ke svým pocitům. Je vhodná pro klienty, kteří se obtížně vyjadřují verbálně, ať už z důvodu úzkosti či neschopnosti nalézt ta správná slova pro pojmenování pocitů, jež prožívají. Právě tělo je vhodným nástrojem k vyjádření svých pocitů a myšlenek. Psychické procesy, které lidé prožívají – radost, smutek, vztek, strach, úzkosti, se vždy nějakým způsobem promítnou i na těle prostřednictvím gestikulace, mimiky, postojů. Tohoto poznatku využívá taneční a pohybová terapie ve svůj prospěch a záměrně propojuje tělo a mysl, aby se člověk, který není schopen popsat svoje nitro, dokázal vyjádřit pohybem, tancem. To terapeutovi umožňuje pracovat na tématech, která jsou pro klienta citlivá, slovy nevyjádřitelná. V některých

případech se zde osvědčila i metoda zrcadlení. Pro jedince to znamená, že se učí pracovat se svými pocity, emocemi, náladami, které jsou abstraktní. Nabízí mu novou, bezpečnou formu zpracování jeho prožitků, na které může poté nazírat jiným pohledem. (Čížková, 2005)

Do psychiatrické rehabilitace, která probíhá formou psychoterapie můžeme zařadit ještě další formy.

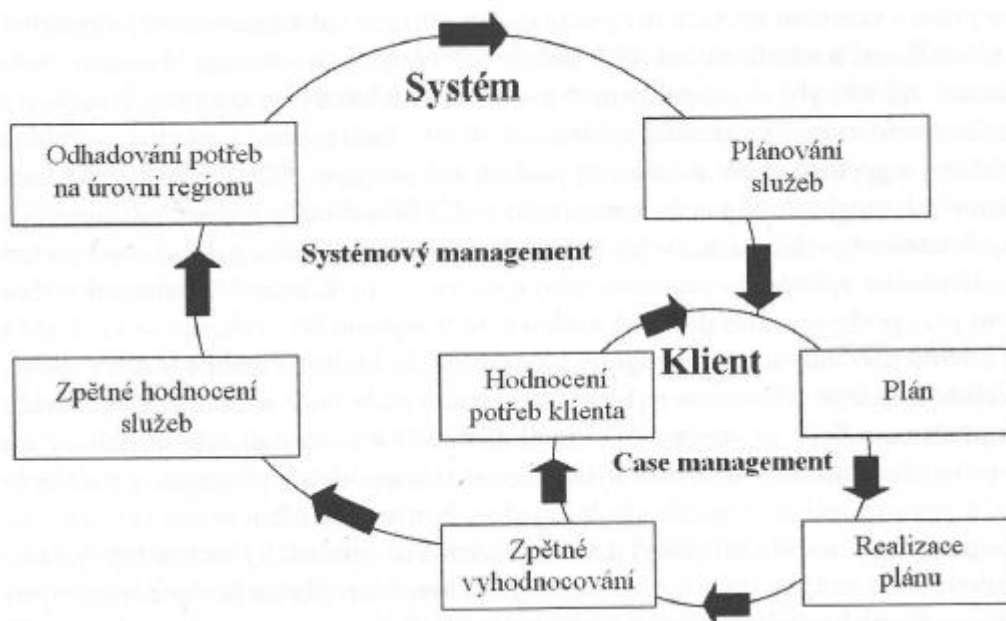
- **Psychogymnastika:** je prováděna neverbální komunikací prostřednictvím mimiky, gest a pohybů, přičemž se tato technika považuje za průkaznější a pravdivější, než komunikace verbální, neboť je založena více na spontánní reakci dotyčného.
- **Relaxace:** za pomoci různých technik dochází k uvolnění psychického i fyzického, relaxace organismu vede k regeneraci. Může být prováděna na úrovni skupinové i individuální.
- **Kineziterapie:** jedná se o pohyb s nonverbálními projevy. Řadíme sem různá pohybová cvičení, která jsou zaměřena na podporu kognitivních funkcí a na zapojení do kolektivu. Pohybové aktivity nemají za úkol být náročné, jedná se spíše o lehké rekreační sporty či jógová cvičení. Hlavním cílem terapie je podněcování myšlení, paměti, soustředění, podpora sebedůvěry a zlepšení fungování v sociálních vztazích.
- **Hipoterapie:** léčba a rehabilitace pomocí koně se využívá také u psychiatricky nemocných lidí. Pohyby koňského hřbetu navozují příjemný pocit. Emoce prožívané při jízdě na koni pak korigují pocity úzkosti. Kontakt se zvířetem tedy napomáhá k úpravě chování a zlepšení kvality sociálních vztahů.
- **Animoterapie:** stejně jako hipoterapie je založena na pozitivním působení emocí na klienta. Dochází k vytvoření vzatu mezi zvířetem a jedincem, což posiluje jeho schopnost vytvářet sociální vztahy. Dbá se na to, aby klient neměl ze zvířete strach, tam by pak terapie pozbyla efektu.
- **Terapie formou kulturních akcí:** divadlo, srazy, výlety, koncerty, výstavy či různé exkurze posilují prosociální chování, dostávají jedince do kontaktu s ostatními lidmi. Prožití příjemných zážitků vyvolává kladné emoce, které vedou ke korigování fyzických a psychických symptomů nemoci.
- **Biblioterapie:** je založena na podpůrných a léčebných účincích četby knih. Odtrhává pacienta od negativních myšlenek. Funguje jako druh relaxace. (Marková et al., 2006)

2.7. Case management

Case management (CM), neboli případové vedení, je forma pomoci, která funguje na principu koordinace různých služeb, prostřednictvím case managera. Ten pomáhá klientovi zařídit záležitosti, které není schopen zvládnout vlastními silami. Pomoc je realizována v rovině léčebné, sociální či rehabilitační. Z toho také vyplývá, že funguje multidisciplinárně, za spolupráce zdravotních a sociálních pracovníků, terapeutů či psychologů. Duševně nemocný člověk o některých službách neví nebo se nezvládá zařadit do jejich programu bez pomoci. Pro takového jedince je nástup case managera velmi užitečný. Konečný efekt byl prokázán v rámci snížení počtu hospitalizací, zvýšení stability bydlení či zlepšení kvality života a sociálních vztahů. (Stuchlík in Pěč a Probstová, 2009)

CM má v kompetenci vést klienta a kontrolovat, zda si počíná správně. Aby byla spolupráce co nejefektivnější, je třeba navodit důvěrný vztah, ve kterém si oba navzájem věří. Pracovník zváží schopnosti jedince, posoudí jeho stav a zaměří se na jeho silné stránky, které je třeba posilovat. Také zjistí, v jakém prostředí žije a zda jsou nějaké osoby, které klientovi pomáhají. Na základě potřeb a přání poté společně vytvoří individuální plán, dle kterého budou postupovat, a stanoví cíle, kterých chtějí dosáhnout. Cílem může být i změna stávající situace nebo udržení stabilizovaného stavu. Poté se plán realizuje a podnikají se kroky, jež vedou k naplnění vytyčených cílů. Nejčastěji je podpora zaměřena na získání zaměstnání, návrat ke studiu a obnovení sociální sítě. CM také pomáhá vyplňovat volný čas jedince, snaží se pro něj nalézt zábavu, přátele a umožnit mu věnovat se koníčkům. Všechny tyto kroky posouvají klienta zpět k plnohodnotnému životu. V průběhu celé spolupráce dochází k monitorování výsledků, které jsou následně vyhodnocovány. To je užitečné pro náhled na vše, co klient za dobu spolupráce zvládl. Nápomocné však může být i k revizi individuálního plánu v případě, že cíle nebyly naplněny dle přání a plán se jeví jako neúčinný. (Stuchlík in Pěč a Probstová, 2009)

Obr. č. 2 Schéma case managementu na úrovni systému a klienta



Zdroj: Stuchlík in Pěč a Probstová, 2009, s. 141

2.8. Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Abychom mohli úspěšně započít kognitivně behaviorální terapii, je velmi důležité, najít si cestu k pacientovi. Právě tu nám pomáhají otevírat psychofarmaka, která klient užívá, a pak už záleží na psychoterapeutovi, jak se ujme své role a jakým způsobem bude svoji pomoc v rámci KBT realizovat. Terapie vychází z dvou základních metod, a to behaviorální, která se zaměřuje na narušené a naučené reakce, a z kognitivní – jež se zabývá poznáváním procesů, a to hlavně myšlení. KBT můžeme označit za krátkodobou strukturovanou terapii, kde se stává centrálním bodem řešení konkrétních problémů daného klienta. Dříve byla zaměřena převážně na trénink sociálních a pracovních dovedností, později se přesunul zájem k prevenci relapsu a zvládání psychotických problémů. Dnes se soustředí na subjektivní vnímání jedince. Jelikož vychází z předpokladu, že psychoticky nemocní lidé jsou citlivější, vnímavější a zranitelnější, snaží se jim umožnit pochopit spouštěcí mechanismy krize. Učí je tedy rozpoznávat jejich varovné příznaky, což klientům dává možnost vyvarovat se případného nástupu krize. (Jarolímek in Pěč a Probstová, 2009)

Terapie je zahájena vstupním vyšetřením, při kterém se terapeut snaží dozvědět problémy, se kterými potřebuje klient pomoci. Je velmi důležité, aby tyto problémy našel a

zformuloval klient sám. Poté společně s terapeutem vytyčí krátkodobé cíle, které vedou k dosažení konečného cíle. Terapeut vytvoří na základě sezení s klientem individuální terapeutický plán, podle něhož bude následující spolupráce probíhat. Stanoví se také délka a frekvence jednotlivých sezení. Během následujících schůzek pak dochází k plnění úkolů a cílů, kterých se ale není nutno držet příliš striktně. Pokud je potřeba, cíle se během spolupráce mohou reformulovat. (Jarolímek in Pěč a Probstová, 2009)

Při jednotlivých sezeních jsou pak uplatňovány techniky a nástroje terapie. K základním patří už výše zmíněné pojmenování problému pacientem. Tyto problémy nesmí být v žádném případě bagatelizovány. Klienti se totiž velmi často setkávají s nepochopením, a proto je důležité dát najevo, že jeho nesnáze jsou akceptovány. Pomocnou technikou se stává zadávání domácích úkolů, kdy si jedinec má zaznamenávat všechny problémy, jejich intenzitu, frekvenci, a jestli se právě tyto problémy nestávají spouštěcími mechanismy psychotické krize. Díky těmto úkolům může získat nadhled nad svojí situací. Ze strany terapeuta je přínosné dotazování, a to například na *hlasy* nebo zrakové halucinace. Cílené otázky (kde, kdy, kolik, co říkají) pak vedou k tomu, že si klient uvědomí možnou podmíněnost určitými faktory, a tedy, že tyto nežádoucí projevy může nějakým způsobem dostat pod svoji kontrolu. Praktickým se stal model nazývaný ABC. Terapeut učí klienta, že na výchozí situaci, navazují posloupně další jednotlivé události, kdy na začátku stojí nějaký podnět a na konci nepřiměřená reakce. V prostředku pak myšlenka, která body A a B spojuje.

- a) spouštěcí fáze – situace, která spustí negativní emoce
- b) pacientova interpretace dané situace - myšlenka
- c) důsledek pacientova jednání na danou situaci – emočně nepřiměřená reakce

Tato metoda také pomáhá klientovi objevovat situace, které spouštějí příznaky. Pokud tyto varovné signály klient včas rozpozná, může se jim vyhnout. K pomocné metodě patří i redukce narůstajícího stresu za pomoci naučených relaxačních technik.

Službu můžeme charakterizovat její krátkodobostí, zaměřením na konkrétní problémy, stanovením konkrétních funkčních cílů, a dále vedením klienta k soběstačnosti. (Jarolímek in Pěč a Probstová, 2009)

2.9. Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace se zabývá narušeným vnímáním klienta. Pozorujeme zejména poruchy pozornosti v oblasti selektivní a rozdělené, dále poruchy exekutivních funkcí, motorických funkcí a narušené zpracovávání informací. Hlavním důvodem, proč se rehabilitace zabývá poruchou kognitivních funkcí se stal fakt, že poruchy samotné se podílí na tvorbě psychotických příznaků, a to zejména negativních. V mnoha případech pak deficit kognitivních funkcí předchází samotnému propuknutí nemoci. Dále dochází k oslabení sociálních dovedností. Klienty trápí únava, nedokáží se dostatečně koncentrovat na určitou činnost, trpí úzkostí a rozptýlenou pozorností na mnohé podněty. Toto pak vede k přehlcení perceptivního aparátu. (Pěč a Probstová, 2009)

Rehabilitace, zabývající se tréninkem kognitivních funkcí, je vytvořena tak, aby se klienti postupně zlepšovali dle jejich aktuálních možností. Trénuje se hlavně pozornost a paměť, a to povětšinou prostřednictvím počítačových programů, vyvinutých speciálně pro tento účel. Některé tréninky se mohou provádět skupinově, a to bez počítače. U nás se stal využívaným *Integrovaný terapeutický program*, jehož autorem jsou Roder a kol. Pro práci na počítači nejsou vyžadovány počítačové znalosti, vše probíhá za pomoci terapeuta. S klientem jsou na začátku terapie provedeny testy, ve kterých se zjistí, jaká oblast je třeba trénovat, a dle toho se pak postupuje. Na závěr jsou opět prováděny testy, které vyhodnocují, nakolik byla terapie pro klienta nápomocná.

Směřuje se především k těmto cílům:

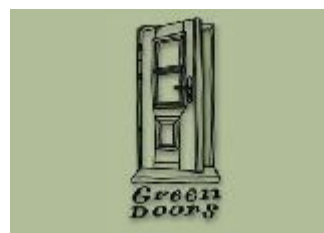
- zvýšení sebehodnocení
- změny aktivace mozku
- zlepšení kognitivních funkcí – tedy kapacity paměti, pozornosti, dovednosti konceptualizovat, zvýšení úrovně řešení problémů
- zmírnění psychotických příznaků
- zlepšení sociálních dovedností (Pěč a Probstová, 2009)

3. PŘEHLED PRAŽSKÝCH ORGANIZACÍ ZABÝVAJÍCÍCH SE REHABILITACÍ

V závěru práce bych se ráda věnovala organizacím, které klientům s psychickým onemocněním nabízejí širokou škálu služeb. Zaměřím se na centra v Praze, kde je koncentrace komunitních center s možností rehabilitace vysoká. Některé služby jsou zaměřeny různými směry, jiné se specializují přímo na určitou oblast. U jednotlivých organizací uvedu obecnou charakteristiku, zaměřím se na cíle a vyjmenuji výčet poskytovaných služeb. Informace budu čerpat z webových stránek jednotlivých center.

3.1. GREEN DOORS

Kontakt: www.greendoors.cz



Charakteristika: Občanské sdružení Green Doors vzniklo v roce 1993 z iniciativy pracovníků Denního psychoterapeutického sanatoria Nad Ondřejovem. Spadá pod nestátní neziskové organizace. Hlavní náplní je poskytování sociální a pracovní rehabilitace lidem, jež onemocněli schizofrenií. Zaměřuje se na podporu klientů, jejich silných stránek a dovedností a pomáhá jim se co nejrychleji navrátit zpět do pracovního procesu. Při rehabilitaci uvádí do kontaktu klienty s veřejností, čímž pomáhá veřejnosti seznámit se s problematikou duševního zdraví a klientům usnadňuje budoucí návrat do běžného života.

Pro koho jsou služby určeny: Organizace se zaměřuje především na stabilizované mladé lidi, kteří mají s nemocí krátkou zkušenost a je u nich vysoká pravděpodobnost návratu do běžného života. Nabízí jim klidnější prostředí pro začátek rehabilitace.

Cíle organizace: Podporuje a rozvíjí základní pracovní a sociální dovednosti lidí s duševním onemocněním. Pomáhá jim v oblasti přechodu do budoucího zaměstnání na otevřeném trhu práce. Propojuje pracovní rehabilitaci se službami pro veřejnost prostřednictvím tréninkových

kaváren. Realizuje projekty, které napomáhají integraci klientů do společnosti. Cílem organizace je také snižovat stigma za pomoci různých osvětových akcí.

Jaké služby poskytuje: Organizace v současné době provozuje tři tréninkové kavárny, které jsou zaměřené na přípravu klienta do zaměstnání. Jsou zde nabízeny místa na pozici barmana, poslíčka. Do mírně chráněných podmínek jsou stavěni klienti, jež provádějí úklid či roznos letáků. Pomáhá v začleňování na trh práce a pořádá vzdělávací a nácvikové programy. Také poskytuje sociální poradenství.

Kavárny:

- **Klub V.kolona** – aktivizační trénink, jenž probíhá v chráněných podmínkách. Kavárna se nachází v Psychiatrické léčebně Bohnice a trénink je určen převážně pro pacienty zde hospitalizované.
- **Café Na půl cesty a úklidová dílna** – intenzivní trénink pracovních a sociálních dovedností, který probíhá za přímého kontaktu s veřejností. Na směně je přítomen terapeut. Pracovní zátěž se blíží vytížení běžně zaměstnaného.
- **Tréninková restaurace Mlsná kavka** – pracovní trénink s větší mírou samostatnosti, probíhá bez účasti terapeuta na směně.

V kavárnách jsem strávila několik týdnů své praxe, měla jsem možnost seznámit se s klienty a pochopit metodiku práce. Tato praxe pro mne byla velmi užitečná. Podařilo se mi vytvořit si představu, jak klienti fungují ve stabilizované fázi nemoci, jak se dokáží vypořádat s přiděleným úkolem, a případně řešit konfliktní situace. Mým cílem bylo navázat s klienty důvěrnější vztah a získat od nich kasuistiky, které bych použila v této práci. Bohužel se tato představa ukázala jako nereálná. Moje působení v kavárnách nebylo dostatečně dlouhé na to, abych se mohla vyptávat na soukromé informace a události o tom, jak nemoc ovlivnila jejich život.

Začleňování na trh práce:

- **Přechodné zaměstnání** – práce v běžných podmínkách za podpory pracovního konzultanta
- **Podporované zaměstnání** – podpora klienta terapeutem při hledání zaměstnání na otevřeném trhu práce

Vzdělávací, nácvikové a sociálně terapeutické programy:

- **Program osobního pracovního rozvoje** – zamýšlení nad vhodným pracovním uplatněním
- **Tréninková skupina sociálních dovedností**
- **Trénink kognitivních funkcí**
- **Job setkání** – podpůrná skupina při hledání zaměstnání

Sociální poradenství:

- **Sociální poradna v Psychiatrické léčebně** – poskytování informací z oblasti sociálních služeb, pomoc při jednání s úřady

3.2. BAOBAB

Kontakt: www.osbaobab.cz



Charakteristika: Občanské sdružení Baobab spadá pod nestátní neziskové organizace. Bylo založeno v roce 1997 za účelem poskytovat sociálně rehabilitační aktivity pro psychicky nemocné jedince.

Pro koho jsou služby určeny: Sdružení zaměřuje své služby na dlouhodobě i krátkodobě psychicky nemocné osoby, především psychoticky.

Cíle organizace: Pomáhat duševně nemocným vést spokojený a plnohodnotný život. Vést je k samostatnosti v oblasti bydlení, zaměstnání, vzdělávání. Umožnit jim aktivně trávit volný čas činnostmi, které je naplňují a baví. Tvořit programy, jež přispívají k integraci klientů do společnosti.

Jaké služby poskytuje: Organizace se zaměřuje na více životních oblastí. V souhrnu poskytuje celkem devět služeb, čtyři registrované a pět doplňkových.

- **Podpora nezávislého bydlení** - probíhá ve standardní bytové zástavbě za podpory terapeuta, rozvíjí klientovu samostatnost v oblasti sociálních a praktických dovedností

- **Student** – prostřednictvím realizovaných programů jsou lidé s psychotickým onemocněním podporováni ve vzdělávání
- **Case Managment** – případová práce
- **Volnočasové aktivity** – Tchaj-ti, jóga, cvičení s hudbou, florbal, turistický klub *Traveller*
- **Vzdělávací kurzy** – cílem je zdokonalovat znalosti cizích jazyků, práce na počítači
- **Kurz zdravého životního stylu**
- **Pobyty** – jsou realizovány mimo Prahu, zvyšují samostatnost, napomáhají společenskému kontaktu
- **Ateliér** – služba se zabývá kreativním potenciálem člověka a pomáhá mu k vyjádření vlastních myšlenek prostřednictvím kresby. Také napomáhá relaxaci a učí klienty trávit volný čas tvořivým způsobem.

Mým přáním bylo ukázat možnosti rehabilitace psychicky nemocných lidí na kasuistikách, kde bych vyjádřila, jakým způsobem jsou jim jednotlivé rehabilitační služby nápomocné. Jelikož se mi cíl získat kasuistiky z tréninkových kaváren nepovedl uskutečnit, zkontaktovala jsem Ateteliér Baobab, kde mi umožnili zapůjčit si artefakty klientů a prezentovat je v mé práci. Obrázky pocházejí od lidí ve stabilizované fázi s diagnózou schizofrenie. Alespoň tímto způsobem bych ráda nahradila absenci kasuistik a rehabilitaci ukázala v duchu arteterapie. Obrázky pocházející od klientů jsou zařazeny do příloh.

3.3. ESET HELP

Kontakt: www.esethelp.cz



Charakteristika: Občanské sdružení ESET-HELP bylo založeno v roce 1995. Nabízí služby navazující na dostupnou zdravotnickou péči, které jsou zaměřeny na zvýšení kvality života duševně nemocných lidí.

Pro koho jsou služby určeny: Sdružení realizuje rehabilitační a resocializační programy, zaměřené na dlouhodobě duševně nemocné lidi a uživatele návykových látek.

Cíle organizace: Pomáhat duševně nemocným a osobám závislým na návykových látkách vést plnohodnotný a spokojený život. Realizovat adaptační, rehabilitační a resocializační programy, které povedou k obnově zdravotní, psychické a sociální stability jedince. K základním činnostem sdružení patří také preventivní činnost jako předpoklad předcházení závislosti na návykových látkách.

Jaké služby poskytuje:

- **Tréninková resocializační kavárna** – Kavárna *Dendrit kafe* je určena pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním. Nabízí pracovní místa: obsluha baru, úklid kavárny. Klienti pracují za podpory terapeuta.
- **Podporované zaměstnání** – podpora klienta v přístupu na otevřený trh práce, pomoc při výběru, nalezení a udržení zaměstnání
- **Chráněné bydlení** – podpora samostatnosti a zvýšení kvality života osob v oblasti bydlení; probíhá za podpory a pomoci terapeuta
- **Přechodné zaměstnávání** – realizace sociální a pracovní rehabilitace v běžných firmách formou krátkodobých pracovních míst. Klienta provází službou pracovní konzultant.
- **Centrum denních aktivit** – klub *Hekrovka* nabízí širokou škálu volnočasových aktivit v oblasti :
 - sociální a pracovní dovednosti (společné vaření, trénink paměti, techniky zlepšující pozornost, soustředění a manuální zručnost)
 - arteterapie (malování, práce s hlinou, koláže)
 - sportovní aktivity (ping pong, pétanque, šipky, procházky)
 - kulturní aktivity (výlety, společné návštěvy výstav a muzeí)
 - svépomocné aktivity (podíl klientů na vytváření programu v klubu, vydávání vlastního časopisu *Očko*, klientské hnutí)
- **Resocializační pobyty**
- **Terénní programy** – depistáž cílové klientely, převážně uživatelů návykových látek a následná pomoc ve stylu *harm reduction*

- **Sociální a právní poradna**
- **Anonymní psychologická poradna**
- **Tréninkový obchod pro osoby se závažnou duševní poruchou** – sociální rehabilitace probíhá formou prodeje v obchodě s drobným dárkovým zbožím (část pochází z chráněných dílen). S klientem je sjednána dohoda o provedení práce na 150 hodin přibližně na tři měsíce. Po celou dobu činnosti je k dispozici sociální pracovník.
- **Sociální a pracovní začleňování osob s duální diagnózou** – jedná se o služby, které pomáhají při integraci osob s duální diagnózou do společnosti

3.4. FOCUS PRAHA



Kontakt: www.focus-praha.cz

Charakteristika: *Focus Praha* je nestátní neziskovou organizací, založenou v roce 1990. Posláním organizace je zvyšování kvality života lidí trpících psychickými potížemi. Orientuje se na dlouhodobě duševně nemocné a za pomoci multipersonálního týmu realizuje projekty, které klienty integrují do společnosti.

Pro koho jsou služby určeny: Pro dlouhodobě duševně nemocné občany

Cíle organizace: Sociální začleňování psychicky nemocných do společnosti a současný boj proti sociální exkluzi. Poskytování komunitních služeb s důrazem na individuální přístup ke každému klientovi. Snahou je zkvalitnit život duševně nemocných a pomoci jim v překonávání problémů s nemocí spojených.

Jaké služby poskytuje:

- **První kontakt a poradenství** – pomáhá orientovat se v nabízených službách a nabízí jejich zprostředkování
- **Psychoterapie** – individuální, skupinová, rodinná
- **expresivní terapie** – arteterapie, dramaterapie, taneční a pohybová terapie, muzikoterapie, poetická terapie

- **Případové vedení** – case management, pomoc v oblasti bydlení, financí, práce, nemoci, jednání na úřadech

Socioterapeutické aktivity – napomáhají k vytváření sociálních kontaktů

- **Centrum psychosociální rehabilitace Břevnov** (návěk sociálních dovedností, sportovní, kulturní a vzdělávací aktivity)
- **Centrum denních aktivit – Dům U Libuše** (volnočasové aktivity, nácvikové programy)
- **Centrum denních rehabilitačních aktivit** (bazálně terapeutická dílna, zájmová kutilská dílna, volnočasový klub, vaření)
- **Denní centrum** (setkávání klientů)

Podpora práce a zaměstnání:

- **Centrum programů podpory zaměstnání** (chráněné zaměstnání, přechodné zaměstnání, podporované zaměstnání, pracovní poradenství, Job Club)
- **Chráněné dílny** (*Trojský vršek*, šicí, výtvarná, hvězdářská, keramická, rukodělná)
- **Sociální firmy** (*Junův statek, Zahrada*)

Podpora bydlení:

- **Dům na půli cesty**
- **Byty na půli cesty**
- **Podporované bydlení**

3.5. BONA



Kontakt: www.bona-ops.cz

Charakteristika: Obecně prospěšná společnost BONA je nestátní neziskovou organizací. Vznikla v roce 1999 za účelem poskytování sociálních služeb v oblasti bydlení a rehabilitace.

Pro koho jsou služby určeny: Zaměřují se na dospělé jedince, jež se setkali s duševním onemocněním, které je separovalo od běžného místního společenství.

Cíle organizace: Poskytovat služby a vytvářet programy, které jsou zaměřené k integraci duševně nemocných, kdy se klade důraz na individuální osobnost jedince.

Jaké služby poskytuje:

- **Podpora samostatného bydlení** – zvyšování soběstačnosti a dovedností klienta v oblasti bydlení, které probíhá v nechráněném prostředí
- **Chráněné bydlení** – skupinové či individuální bydlení pro jedince se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. (*Vila Jitka*, Chráněné bydlení 200, Chráněné bydlení 180, *Kocourkov*)
- **Sociální rehabilitace** – soustředí se na získání, uchování či zlepšení pracovních návyků a dovedností
 - sklářská dílna
 - Dílna údržba zeleně (zahradnické a úklidové práce, v zimě odklizení sněhu a posyp chodníků, úklid nebytových prostor, prádelna, knihovna)
 - Textilní dílna
 - Papírenská dílna

Další možné pražské organizace nabízející služby pro psychicky nemocné:

- **Česká organizace pro psychické zdraví**
- **DOM**
- **Diakonie církve bratrské** – <http://cb.cz/diakonie>
- **Denní psychoterapeutické sanatorium** – www.ondrejov.cz
- **Kaldi Café, s. r. o.** – www.ethiopia.cz

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na schizofrenní onemocnění. Hlavním důvodem, proč jsem si vybrala toto téma, je skutečnost, že problematika psychicky nemocných lidí je většinou společností vytlačována do ústraní, v některých případech úplně ignorována. Důvody pro takovéto jednání jsou různé. Mým cílem bylo zviditelnit problematiku duševně nemocných osob a za pomoci informací uvést povědomí veřejnosti o schizofrenii na pravou míru, a tím vyvrátit předsudky společnosti. Aby bylo možné realizovat úspěšnou resocializaci a reintegraci nemocných za pomoci různých rehabilitačních programů, je velmi důležité zmírnit negativní náhled společnosti, která má na neúspěchu nemalý podíl.

V úvodu práce jsem si vytyčila úkol, přiblížit veřejnosti schizofrenní onemocnění. Zabývala jsem se příčinami nemoci a rizikovými faktory. Podrobně jsem popsala příznaky schizofrenie, kdy jsem věnovala zvláštní důraz na jejich rozdělení na pozitivní, negativní, afektivní a kognitivní. Z těchto poznatků pak vyplývají možnosti léčby. V dnešní době je její nedílnou součástí farmakoterapie, převážně Antipsychotika 2. generace, která vyvolávají minimální množství nežádoucích účinků.

Vycházím-li z poznatku, že jedna třetina klientů se úplně uzdraví, druhé se příznaky navracejí a poslední třetina má průběh chronický, dospěla jsem k názoru, že je třeba zaměřit rehabilitaci na krátkodobě i chronicky nemocné jedince. Podrobněji jsem rozpracovala pojem rehabilitace, popsala historii a rozdělení. Zabývala jsem se pečlivě jednotlivými rehabilitačními programy, které učí klienty sebereflexi, odpovědnosti za sebe sama a především jim pomáhají uchovávat, rozvíjet či získávat dovednosti potřebné pro život.

V závěru práce jsem zmapovala síť pražských organizací, které nabízejí psychosociální rehabilitaci pro duševně nemocné jedince. Rehabilitační programy jsou zacílené na aktivizaci klienta a jeho návrat do běžného života. Svojí činností zvyšují kompetence klienta a pomáhají k seberealizaci a sebeuvědomění. Tím, že dbají na individualitu každého člověka, zvyšují účinnost nabízených služeb. Přestože rehabilitační péče spočívá převážně v rukou odborníků, může se na její realizaci podílet i široká veřejnost, a to například prostřednictvím koupě výrobků z chráněných dílen či návštěvou tréninkových kavárén, kdy se veřejnost dostává do přímého kontaktu s klienty.

SUMMARY

Psychosociální metody rehabilitace pro nemocné se schizofrenií

Psychosocial Therapy for Schizophrenics

Autorka: Mariana Aubrechtová

The main intention in my baccalaureate work was to familiarize myself with the issue of mentally disabled people, diagnosed with schizophrenia, and to point out possibilities of rehabilitation that are currently available. People diagnosed with schizophrenia are usually pushed at the end of society and communities. I would like to use the information provided in my baccalaureate work to raise awareness of the problems of people diagnosed with schizophrenia and to reduce stigma currently attached to it because even general public can with the correct attitude help to raise the quality of clients' life. In the opening of my work I concentrate on the causes and risk factors of this illness. I describe in details the symptoms and in turn also the possibilities of treatment and rehabilitation. In order for the rehabilitation to be most effective, it is important to look at clients' individual needs and to find such programme that is best suited to each of the client. At the closing I have mapped the entire network of rehabilitation centers in Prague, which offer wide range of services. Individual programmes concentrate on supporting the client in enhancing his competencies and return to common life. They encourage the client in the area of self-reflection, self-fulfillment and mainly they help to keep, develop or acquire skills necessary for everyday life.

Použitá literatura

Albrich, B. Expresivní terapie a arteterapie. In PĚČ A PROBSTOVÁ, O., Probostová, V. (eds.) *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009 s. 72 - 76. ISBN 978-80-7387-253-3

ANTHONY, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D. *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 1990

BLEULER, E. *Učebnica psychiatrie*. Vyd. 15. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998
ISBN 80-967-277-6-1 (přepřacováno Manfredom Bleulerom)

BOUČEK, J. Rehabilitace v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, č. 5, s. 250-252.

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2005 ISBN 80-7345-056-9

ČÍŽKOVÁ, K. Taneční a pohybová terapie. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005
ISBN 80-7254-547-7

Dočkal, V. Dramaterapie. In PĚČ A PROBSTOVÁ, O., Probostová, V. (eds.) *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009 s. 178 - 181. ISBN 978-80-7387-253-3

DÖRNER, K., Plog, U. Bláznit je lidské. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999 ISBN 80-7169-628-5

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004 ISBN 80-7178-803-1

Jarolímek, M. Kognitivně behaviorální terapie u psychóz. In PĚČ A PROBSTOVÁ, O., Probostová, V. (eds.) *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009 s. 68 - 71. ISBN 978-80-7387-253-3

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001 ISBN 80-7178-563-6

KOPELOWICZ, A., Liberman, R. P., Wallace, Ch. J. *Psychiatric rehabilitation for schizophrenia*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2003, roč. 3. č. 1., s.283-298 (286)

KEATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. Vyd. 3. Praha: Galén, 2005
ISBN 80-7262-347-8

LIBIGER, J. *Schizofrenie*. Vyd. 1. Praha: Nezávislý novinář II, 1991
ISBN 80-85121-13-1

MARKOVÁ, E., Venglářová, M., Babiaková, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006 ISBN 80-247-1151-6

MATOUŠEK, O. et al. (2003). Metody a řízení sociální práce. Vyd. 1. Praha: Portál,
80-7178-548-2

MATRA III, Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, Praha, 2005

MOTLOVÁ, L. Koukolík, F. *Schizofrenie Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004 ISBN 80-7262-277-3

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Vyd. 2. Praha: Academia, 2003
ISBN 80-200-0625-7

PĚČ A PROBSTOVÁ, O., Probstová, V. (eds.) *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009 ISBN 978-80-7387-253-3

PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Vyd. 1. Praha: Medical Tribune CZ, 2005 ISBN 80-239-5482-2

PRAŠKO, J., Možný, P., Šlepecký, M., kolektiv. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha/Kroměříž: TRITON, 2007 ISBN 978-80-7254-865-1

RABOCH, J., Zrzavecká, I., Doubek, P., Anders, M., pořadatelé. *Česká psychiatrie a svět*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004 – Kudláček, Martin (sborník) ISBN 80-7262-273-0

SEIFERTOVÁ, D., Praško, J., Höschl, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Medical Tribune CZ, 2004 ISBN 80-86694-06-2

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996 ISBN 80-85800-33-0

Stuchlík, J. Case management. In PĚČ A PROBSTOVÁ, O., Probostová, V. (eds.) *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009 s. 139 – 152. ISBN 978-80-7387-253-3

SVOBODA, M. (ed), Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006 ISBN 80-7367-154-9

Šlepecký, M., Zibrínová, L. Trénink sociálních schopností. In PĚČ A PROBSTOVÁ, O., Probostová, V. (eds.) *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009 s. 83 - 93. ISBN 978-80-7387-253-3

VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997 ISBN 80-7184-385-7

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2003 ISBN 80-246-0708-5

Wegheel, J. Komunitní péče pro osoby s psychickým onemocněním. In PĚČ A PROBSTOVÁ, O., Probostová, V. (eds.) *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009 s. 14 - 29. ISBN 978-80-7387-253-3

ZELEIOV, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007 ISBN 978-80-7367-237-9

Elektronické zdroje

Bona [online]. c2005 [cit. 2011-03-27]. Sociální služby, chráněné bydlení. Dostupné z WWW: <<http://www.bona-ops.cz/index.php?cmd=page&id=53>>.

Bona [online]. c2005 [cit. 2011-03-27]. Sociální služby, podpora samostatného bydlení. Dostupné z WWW: <<http://www.bona-ops.cz/index.php?cmd=page&id=52>>.

Bona [online]. c2005 [cit. 2011-03-27]. Sociální služby, sociální rehabilitace. Dostupné z WWW: <<http://www.bona-ops.cz/index.php?cmd=page&id=54>>.

Bona [online]. c2005 [cit. 2011-03-27]. Základní prohlášení. Dostupné z WWW: <<http://www.bona-ops.cz/index.php?cmd=page&id=51>>.

Databáze komunitních služeb : Psychosociální rehabilitace pražských organizací [online]. Datum zveřejnění neuvedeno [cit. 2011-03-27]. Vyhledávání služeb komunitní péče v Praze. Dostupné z WWW: <<http://dks.greendoors.cz/>>.

Eset-Help [online]. Neuvádí se [cit. 2011-03-27]. Naše služby. Dostupné z WWW: <<http://www.esethelp.cz/sluzby/nase-sluzby.html>>.

Eset-Help [online]. Datum zveřejnění neuvedeno [cit. 2011-03-27]. Úvodem. Dostupné z WWW: <<http://www.esethelp.cz/onas/o-nas.html>>.

Fokus Praha [online]. c2005 [cit. 2011-03-27]. Filosofická východiska. Dostupné z WWW: <<http://www.fokus-praha.cz/index.php?action=main&subject=157&sessid=0711f657ae5241f530f3ce9a705861c0>>.

Fokus Praha [online]. c2005 [cit. 2011-03-27]. Poslání. Dostupné z WWW: <<http://www.fokus-praha.cz/>>.

Fokus Praha [online]. c2005 [cit. 2011-03-27]. Vstup do služeb, přehled podle činností. Dostupné z WWW: <<http://www.fokus-praha.cz/index.php?action=main&subject=17&sessid=0711f657ae5241f530f3ce9a705861c0>>.

Greendoors : Služby psychosociální rehabilitace [online]. c1997-2009 [cit. 2011-03-27]. Kdo jsme. Dostupné z WWW: <<http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>>.

Greendoors : Služby psychosociální rehabilitace [online]. c1997-2009 [cit. 2011-03-27]. Naše služby. Dostupné z WWW: <http://www.greendoors.cz/nase_sluzby>.

Občanské sdružení Baobab [online]. c2009 [cit. 2011-03-27]. Služby. Dostupné z WWW: <<http://www.osbaobab.cz/sluzby>>.

Občanské sdružení Baobab [online]. c2009 [cit. 2011-03-27]. Úvodem. Dostupné z WWW: <<http://www.osbaobab.cz/home>>.

PETERKOVÁ, Michaela . *Schizofrenie psychoweb* [on-line]. c2008-20XX [cit. 2011-03-27]. Schizofrenie – úvod. Dostupné z WWW: <PETERKOVÁ, Michaela. *Schizofrenie.psychoweb* [online]. c2008-20XX [cit. 2011-03-27]. Druhy halucinací. Dostupné z WWW: <<http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/druhy-halucinaci>>.

PETERKOVÁ, Michaela. *Schizofrenie.psychoweb* [online]. c2008-200XX [cit. 2011-03-27]. Podstata a příčiny schizofrenie. Dostupné z WWW: <<http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/podstata-a-priciny-schizofrenie>>.

Psychoportal : Brána k odborné pomoci [online]. c2010 [cit. 2011-03-27]. Služby psychiatrické rehabilitace. Dostupné z WWW: <<http://www.psychportal.cz/uz-jsem-se-lecil-ale-potrebuji-vice-pomoci/sluzby-psychiatricke-rehabilitace>>.

Stopstigma psychiatrie : změna stopstigma [online]. 2004 [cit. 2011-03-27]. Jak můžeme snížit stigma. Dostupné z WWW: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/2_7_sniz_stigmatu.html>.

Stopstigma psychiatrie : změna stopstigma [online]. 2004 [cit. 2011-03-27]. Léčba. Dostupné z WWW: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/2_6_lecba.html>.

Stopstigma psychiatrie : změna stopstigma [online]. 2004 [cit. 2011-03-27]. Symptomy schizofrenie. Dostupné z WWW: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/2_1_a_poz_sympt.html>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: obrázek č. 1

Příloha č. 2: obrázek č. 2 Cesta za Sluncem

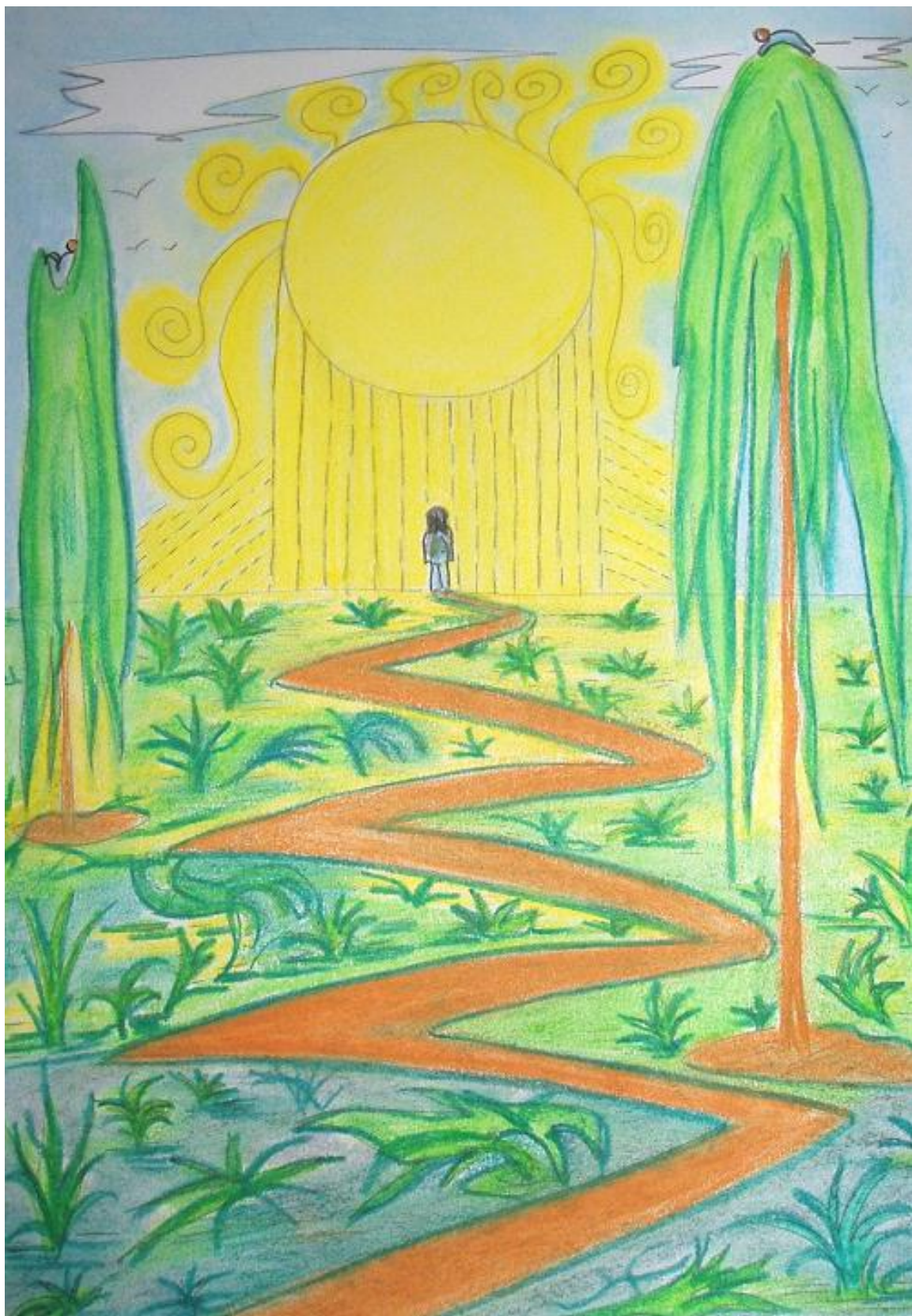
Příloha č. 3: obrázek č. 3

Příloha č. 4.: obrázek č. 4 Šedá ulice

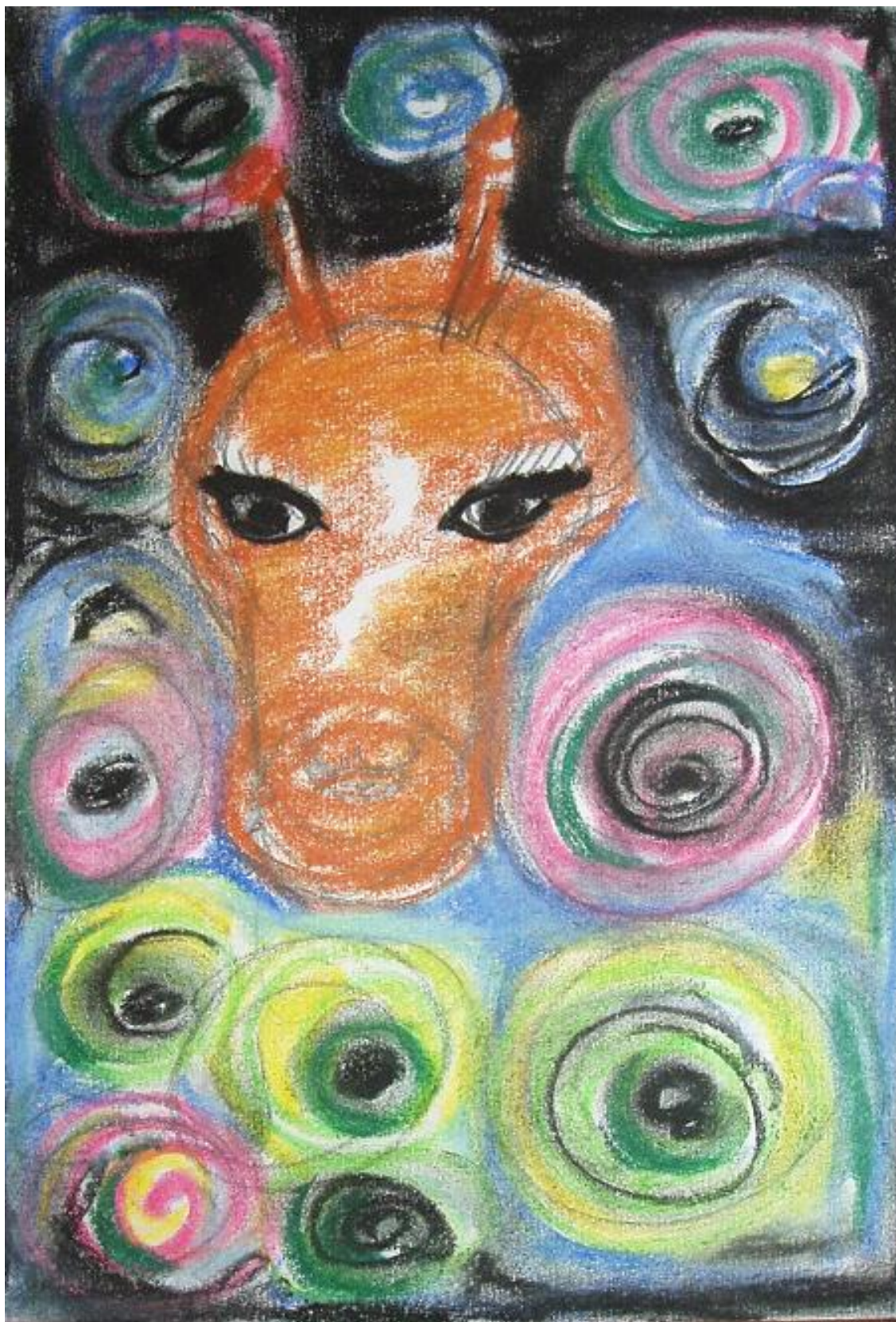
Přílohy



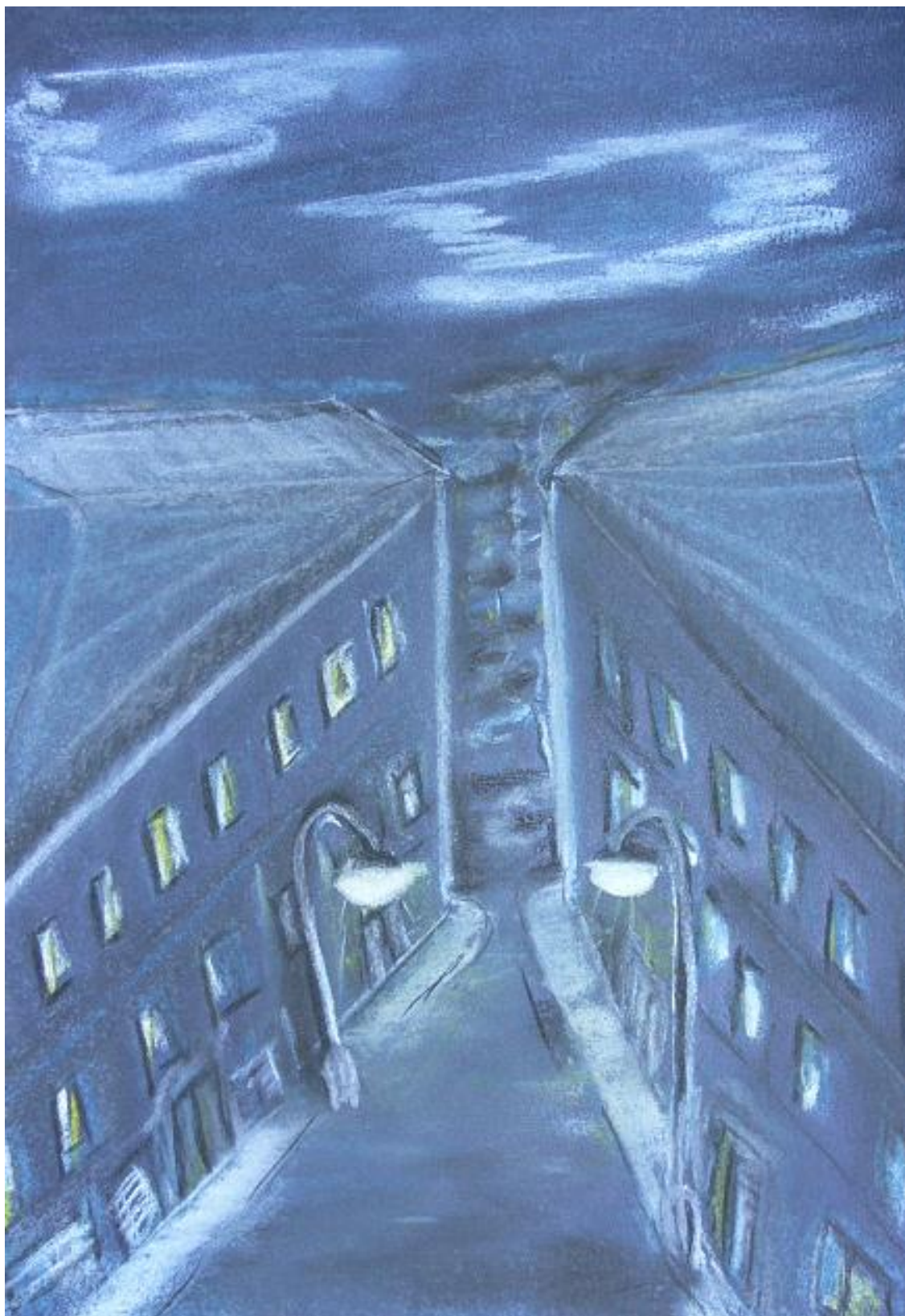
Obrázek č.1



Obrázek č. 2: Cesta za sluncem



Obrázek č. 3



Obrázek č. 4: Šedá ulice